



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN-TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS:

**“USO DEL PARTOGRAMA COMO INSTRUMENTO DE
VIGILANCIA CLÍNICA DEL TRABAJO DE PARTO EN EL
HOSPITAL MINSA II-2– TARAPOTO.
ENERO - MAYO 2015”**

PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA

Bachiller en Obstetricia:

Juana María Nuñez Dávila.

ASESORA:

Obsta. Patricia Vásquez Pinchi

TARAPOTO – PERÚ

2016

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN-
TARAPOTO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



TESIS:

**“USO DEL PARTOGRAMA COMO INSTRUMENTO DE
VIGILANCIA CLÍNICA DEL TRABAJO DE PARTO EN
EL HOSPITAL MINSA II-2 – TARAPOTO.
ENERO - MAYO 2015”**

ASESORA:

Obsta. Patricia Vásquez Pinchi

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN-
TARAPOTO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**




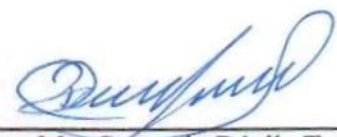
TESIS:

**“USO DEL PARTOGRAMA COMO INSTRUMENTO DE
VIGILANCIA CLÍNICA DEL TRABAJO DE PARTO EN EL
HOSPITAL MINSA II-2 – TARAPOTO.
ENERO - MAYO 2015”**

JURADO CALIFICADOR:


Obsta. Mg. Marina Victoria Huamantumba Palomino
Presidente


Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales
Miembro


Obsta. Mg. Consuelo Dávila Torres
Miembro

DEDICATORIA

A Dios.

Por haber guiado mis pasos, moderar mi carácter, y haberme permitido lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A la memoria de mi madre, Amelia.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre, Juan.

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A Frank.

Por ser parte importante en el logro de mis metas profesionales. Quien me brindó su amor, su cariño, su estímulo y su apoyo constante, su comprensión y paciente espera para que pudiera graduarme como Obstetra, son evidencia de su gran amor. ¡Gracias!

.

Juana.

AGRADECIMIENTO

A Dios Padre, por acompañarme todos los días de mi vida.

A todas las personas que hicieron posible en la realización de este trabajo, muchas gracias por su apoyo y enseñanza:

A mis amados padres, Amelia, en tu memoria, gracias por ser mi ejemplo, por haberme dado todo tu amor durante toda mi vida hasta que la tuya se haya apagado, por tu enorme sacrificio para sacarme adelante y llevar conmigo siempre tu confianza, tu apoyo y cariño; Juan, por ser mi guía desde siempre, por inculcarme una verdadera educación, sin ustedes no hubiera podido ser lo que soy ahora, una mujer de bien para la sociedad, detrás de este logro están ustedes, que este trabajo sea la recompensa a tantos años de su entrega.

A Frank Manuel, gracias por acompañarme a hacer realidad este sueño, en los desvelos constantes para su realización, por darme ánimos siempre para luchar por lo que quiero, por ser mi compañero del alma, porque hemos compartido tanto que mis logros son los tuyos.

A mi asesora, la Obsta Patricia Vásquez Pinchi por su gran apoyo, dedicando su tiempo y sus sabios conocimientos para la formación de mi proyecto y para la formación de mi persona como profesional.

A mis docentes de la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, de la escuela Profesional de Obstetricia que durante mi vida universitaria me enseñaron el verdadero significado de nuestra carrera.

A todos mis compañeros y amigos que formaron parte de este trayecto y quedarán siempre en mis recuerdos.

La autora.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
INDICE DE CONTENIDO	v
INDICE DE GRÁFICOS.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRAC.....	viii
I. INTRODUCCION	01
1.1 Marco Conceptual	01
1.2 Antecedentes	03
1.3 Base Teórica.....	07
1.4 Justificación	43
1.5 Problema.....	45
II. OBJETIVOS.....	45
2.1 Objetivo General	45
2.2 Objetivos Específicos	46
2.3 Hipótesis de Investigación.....	46
2.4 Operacionalización de Variables	46
III. MATERIALES Y MÉTODOS	50
3.1 Tipo de Estudio.....	50
3.2 Diseño de Investigación.....	50
3.3 Universo, Población y Muestra	50
3.3.1 Criterios de Inclusión	51
3.3.2 Criterios de Exclusión.....	51
3.4 Métodos y Técnicas de Recolección de Datos	51
3.5 Procedimiento	52
3.6 Plan de Análisis de Datos	53

IV. RESULTADOS	54
V. DISCUSIÓN	61
VI. CONCLUSIONES.....	68
VII. RECOMENDACIONES.....	69
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
IX. ANEXOS	76

INDICE DE GRAFICOS

N°	TITULO	Pág.
01	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE REGISTRO DE INFORMACIÓN COMPLETA EN EL LLENADO DEL PARTOGRAMA, EN EL HOSPITAL II-2 MINSA – TARAPOTO. ENERO - MAYO 2015	54
02	PORCENTAJE DE PARTOGRAMAS CON CURVA DE ALERTA Y CURVA REAL UTILIZADOS PARA LA TOMA DE CONDUCTAS ADECUADAS PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL HOSPITAL II-2 MINSA TARAPOTO. ENERO - MAYO 2015.	55
03	PORCENTAJE DE REGISTRO ADECUADO DE CURVA DE PROGRESO REAL DE LA DILATACIÓN CERVICAL EN EL HOSPITAL II-2 MINSA TARAPOTO. ENERO - MAYO 2015.	56
04	PORCENTAJE DE PARTOGRAMAS EN EL QUE SE GRAFICÓ CORRECTAMENTE EL REGISTRO DE PROGRESION FETAL EN LOS PLANOS DE HODGE, LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL Y EL REGISTRO DE LAS CONTRACCIONES UTERINA.	57
05	TIEMPO PROMEDIO DE DURACIÓN DE LOS PERIODOS DE TRABAJO DE PARTO: DILATACION, EXPULSIVO, Y ALUMBRAMIENTO. EN EL HOSPITAL II-2 MINSA TARAPOTO. ENERO - MAYO 2015.	58
06	PORCENTAJE DE VIA DE FINALIZACION DEL PARTO EN PACIENTES MANEJADAS MEDIANTE LA VIGILANCIA CLÍNICA DEL PARTOGRAMA EN EL HOSPITAL II-2 MINSA TARAPOTO. ENERO - MAYO 2015.	59
07	PORCENTAJE DE VIA DE FINALIZACION DEL PARTO EN PACIENTES MANEJADAS MEDIANTE LA VIGILANCIA CLÍNICA DEL PARTOGRAMA EN EL HOSPITAL II-2 MINSA TARAPOTO. ENERO - MAYO 2015.	60

RESUMEN.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar si el partograma ha sido usado para la vigilancia clínica del trabajo de parto a través del registro de información completa por el profesional de salud del servicio de obstetricia del Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, Enero - mayo 2015, estudio cuantitativo, descriptivo simple de corte transversal con recolección prospectiva de datos cuya muestra fue 153 mujeres con trabajo de parto conducido clínicamente mediante el uso del partograma.

Los resultados fueron: en el 76.2% (117) de los partos, los profesionales del servicio de obstetricia usa el partograma para el manejo del trabajo de parto. El 73.6% (112) de los partos normales fueron atendidos por obstetras o internos de obstetricia. En relación al porcentaje de casos en los que los profesionales manejan el partograma para la toma de conductas adecuadas para atención del parto: en el 79.2% (121) cumple con el registro de la curva real y la curva de alerta; en el 66.9% (102) registran adecuadamente el progreso de la dilatación cervical; en el 80.0% (122) registra correctamente la dinámica uterina; y en el 80.8% (123) registra correctamente la frecuencia cardiaca fetal. El tiempo promedio de duración de los periodos de trabajo de parto fue: 396 minutos (6.36 horas) para el periodo de dilatación; 16 minutos para el periodo expulsivo; y 11.40 minutos promedio para el periodo de alumbramiento. El 79.2% (121) de pacientes terminaron el trabajo de parto en la condición de parto normal por vía vaginal; mientras que el 20.8% (32) terminaron en cesárea. En conclusión: En el 76.2% (117) de los partos, los profesionales del servicio de obstetricia usa el partograma y registran información completa para la vigilancia clínica del trabajo de parto en el servicio de obstetricia del Hospital MINSA II – 2 Tarapoto.

Palabras claves: Partograma; trabajo de parto; vigilancia.

ABSTRACT

This study aimed to determine if the partograph has been used for clinical monitoring of labor through the complete record of information for health professional obstetrics MOH II Hospital - 2 Tarapoto, January-May 2015, quantitative, simple descriptive cross-sectional study with prospective data collection whose sample was 153 women with clinically driven labor using the partograph.

The results were: 76.2% (117) of deliveries, the obstetrics service professionals using partograph for labor management. 73.6% (112) of normal births were attended by midwives or obstetric internal. Regarding the percentage of cases in which the professionals handle the partograph for making adequate delivery care behaviors: in 79.2% (121) meets the registration of the actual curve and the curve warning; in 66.9% (102) properly record the progress of cervical dilation; in 80.0% (122) correctly records the uterine contractions; and 80.8% (123) correctly recorded fetal heart rate. The average duration of periods of labor was 396 minutes (6.36 hours) for the first stage of labor; 16 minutes expulsive period; and 11.40 minutes on average for the period of delivery. 79.2% (121) patients completed the labor condition in normal vaginal delivery; while 20.8% (32) ended in cesarean section. In conclusion: In 76.2% (117) of deliveries, service professionals used the partograph obstetrics and record complete information for clinical monitoring of labor in the service of obstetrics MOH II Hospital - 2 Tarapoto.

Keywords: Partograph; labor; surveillance

“USO DEL PARTOGRAMA COMO INSTRUMENTO DE VIGILANCIA CLÍNICA DEL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL MINSA II-2 – TARAPOTO, ENERO - MAYO 2015”

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco conceptual.

El parto marca el fin de la gestación y su duración normal es uno de los temas más debatidos, por la dificultad para precisar su comienzo y la enorme variabilidad que se observa en su proceso. Se considera un acto fisiológico, puesto que constituye la forma natural de reproducción de la especie humana. En el trabajo de parto normal se observan: borramiento y dilatación del cuello, progreso y altura de la presentación, así como su variedad; estado de salud fetal y actividad uterina en evolución habitual. (1)

En 1954, Friedman introdujo el concepto del partograma al representar gráficamente la dilatación del cuello uterino durante el trabajo de parto. El partograma actual está diseñado para monitorizar no solo la evolución del trabajo de parto, sino también a la madre y al feto durante el trabajo de parto. El partograma incluye diferentes variables (frecuencia cardíaca fetal, dilatación del cuello uterino, contracciones y frecuencia de pulso de la madre) representadas gráficamente en un papel impreso. Los datos representados gráficamente permiten al profesional de la salud identificar los desvíos tempranos en los parámetros representados de los valores normales y tomar decisiones en cuanto a la intervención directa o la derivación

del paciente. El partograma fue anunciado como uno de los avances más importantes en la atención obstétrica moderna. La OMS propugna su uso como una herramienta necesaria en el manejo del trabajo de parto y recomienda su uso universal durante el trabajo de parto. (2)

Se reconoce internacionalmente que el mejor método para vigilar al proceso dinámico del trabajo de parto es el gráfico; por medio del partograma se retoma el concepto de cuidado personalizado o individualizado de la mujer en dicho trabajo, relegado por el uso de las técnicas de avanzada en la obstetricia moderna. El método gráfico transforma la conducta clínica intuitiva en ciencia predictiva. (2).

El manejo responsable y el respectivo registro objetivo y sistematizado del trabajo de parto es una fuente invaluable de información para el análisis y la toma de decisiones, así como un instrumento para la evaluación de la calidad de la atención brindada por los servicios obstétricos. (2)

Asimismo, la vigilancia permanente y adecuada del trabajo de parto es una estrategia necesaria para garantizar la disminución de los riesgos, y es una oportunidad para brindar el acompañamiento y la atención humanizada que la mujer gestante requiere. Además, el registro objetivo y sistematizado del trabajo de parto es una fuente invaluable de información para el análisis y la toma de decisiones, así como un instrumento para la evaluación de la calidad de la atención brindada por los servicios obstétricos. (2)

Por lo mencionado es necesario desarrollar la presente investigación que nos permita conocer a través de la lectura de los reportes de la atención del trabajo de parto en la historia clínica, el uso del partograma como instrumento de vigilancia del trabajo de parto en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto, por ser un establecimiento de referencia a nivel regional que contribuye a un mejor manejo de los casos, para la atención adecuada y oportuna del binomio madre-niño.

1.2. Antecedentes.

Ayala G, (2015); con el Objetivo de Determinar la calidad de atención del parto según la percepción de las usuarias en el servicio de centro obstétrico en el INMP; realizó un estudio observacional, descriptivo, corte transversal. Aplicó un cuestionario tipo SERVPERF modificado a las púérperas inmediatas atendidas en el servicio de centro obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de enero y febrero del 2015. Las preguntas más valoradas fueron acerca del acompañamiento de la pareja o familiar durante el parto, el permitir acariciar al recién nacido inmediatamente nace, y el confort. Todas las dimensiones correspondieron a un grado de “satisfacción”, siendo la menos valorada la dimensión de respuesta rápida y la más valorada la dimensión de tangibles. Arribó a los siguientes resultados: El 29,7% se encontraba entre los 25-29 años de edad y el 20,8% eran menores de 20 años. El 75,7% eran convivientes y el 59,1% había terminado la secundaria. El 69,6% se dedicaba a su casa, además el 46,3% eran primigestas. La satisfacción global de las pacientes fue del 93,3%.

Concluyendo: que las usuarias atendidas en servicio de centro obstétrico del INMP perciben su atención con un grado de “satisfacción”. (3)

Briones K. (2012), realizó una investigación titulada: Evaluación del partograma en primíparas con embarazo a término y labor de parto espontanea como instrumento para disminuir cesáreas en el Hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora de Quito en el periodo de enero 2011-agosto 2012; con el objetivo de evaluar si la correcta utilización del partograma disminuye el número de cesáreas innecesarias; utilizó un diseño de estudio descriptivo de corte transversal; la población estuvo conformada por 84 pacientes gestantes cuyo embarazo se encontraba entre las 37 a 41 semanas de gestación, con edades comprendidas entre los 11 y 35 años, con una aplicación del partograma del 100%, muestreo aleatorio de una población finita, que ingresaron a sala de labor del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito. Arribaron a los siguientes resultados: aplicación del partograma del 100%, observaron que el 81% de pacientes terminaron su embarazo por parto vaginal y un 19 % vía cesárea cuya indicación se debió a sufrimiento fetal agudo (43%), desproporción céfalo-pélvica (23%), Distocia de presentación (14%), expulsivo prolongado (10%) y otras causas (10%). Concluyendo que el partograma es un instrumento de registro gráfico útil, que permite tomar decisiones terapéuticas adecuadas durante la labor de parto, disminuyendo el número de cesáreas innecesarias. (4)

Chalacán T. (2010), realizaron un estudio titulado: Aplicación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en el Hospital Gineco Obstétrico “Isidro Ayora” – Ecuador, en el período Enero a Diciembre del 2010; con el objetivo establecer la calidad de llenado del partograma como instrumento para la vigilancia del trabajo de parto. Desarrollaron un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y documental. La población en estudio fueron los partos normales atendidos (11,618) en el centro obstétrico del Hospital Gineco-Obstétrico “Isidro Ayora” de enero a diciembre del 2010. Los resultados revelaron que: El 66,6% de pacientes terminaron su embarazo por parto normal; el 97,05% contiene la hoja del partograma; el 62,47 % está llenado adecuadamente; el 80% cumple con la gráfica del punto de partida de la curva de alerta; el patrón de curva de alerta se cumple 68,9%; el 73,40% no cumple con el registro gráfico de los planos de Hodge; el 41,4% grafica la frecuencia cardíaca fetal; el 56,39% no registra las contracciones uterinas. En indicaciones de cesárea refieren como primera causa el expulsivo prolongado. Y concluyeron que el partograma no cuenta con la importancia en la toma de decisiones de la vigilancia del trabajo de parto, el llenado es incompleto, la suma de debilidades dificulta una verdadera interpretación del registro gráfico del trabajo de parto, lo que impide mostrar sintéticamente la evolución del parto y el cumplimiento de los objetivos de este instrumento. (5)

Cruz E. (2011) realizó un estudio titulado: Uso de partograma en el Hospital Regional de Zacapa durante el año 2,011; con el objetivo de describir y analizar el uso de partograma. Estudio descriptivo, analítico; en pacientes atendidas en el servicio de labor y partos; muestreo probabilístico aleatorio simple constituido por 312 pacientes. Arribo luego a los siguientes resultados: pacientes de mediana de edad 27 años, procedencia en su mayoría de Zacapa y Gualán. Utilizó partograma según normas en 43.78% Variables asociadas al Uso de partograma: duración de la fase activa (OR: 43 IC95%:5.61-329.5), tiempo entre diagnóstico de anomalía y parto (OR: 4.05 IC95%:1.69-9.71) y uso de oxitocina (OR: 1.87 IC95%: 1.12-3.85) Se relacionó el no uso, con otras variables que no demostraron tener asociación. Concluyendo que encontró asociación entre el uso de partograma y duración del monitoreo del trabajo de parto, uso de oxitocina y tiempo existente entre el diagnóstico de anomalía y parto, por lo que continua siendo un instrumento útil para el monitoreo del trabajo de parto y la detección de complicaciones. (6)

Gómez J. (2014), realizó un estudio: complicaciones del embarazo y parto asociada a mortalidad neonatal no traumática. Instituto Mexicano Del Seguro Social Universidad Veracruzana, México 2014. Para lo cual utilizó un diseño observacional, retrospectivo, y transversal; revisaron los expedientes de las embarazadas de manera retrospectiva, bajo una lista que proporcionó el archivo clínico de los años 2009 al 2012, 129 pacientes que no presentaron embarazo

complicado con alguna patología, y 179 con patología. Los resultados expuestos fueron: el diagnóstico que se observó en embarazo asociado a la morbilidad neonatal fue de embarazo prolongado en 51.9%, feto y recién nacidos afectados por embarazo 15.9%, relacionados con gestación corta 11.2%. Conclusión: encontró complicaciones más comunes del embarazo con mortalidad neonatal en preeclampsia, infección urinaria, además con edad gestacional menor a 29 semanas (7).

Sony BL. (2014), estudio titulado: Efecto del uso del partograma en las medidas de resultado para mujeres con trabajo de parto espontáneo a término; y se plantearon como objetivo demostrar que el uso del partograma mejora los resultados clínicos para la madre; para lo cual identificaron 11 estudios clínicos del Registro de Estudios Clínicos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto. Las participantes en estos estudios fueron mujeres en trabajo de parto espontáneo a término, con un embarazo de feto único en presentación cefálica. Dos estudios clínicos evaluaron el uso del partograma versus la atención de rutina sin el partograma. Otros dos estudios clínicos compararon los partogramas con una ubicación diferente de la línea de acción. Y un estudio clínico comparó el efecto del uso del partograma con la línea de alerta únicamente más el manejo agresivo versus el efecto del uso del partograma con ambas líneas de alerta y de acción. Los resultados primarios para la madre fueron cesárea, estimulación con oxitocina, duración del período dilatante y experiencia negativa en el

parto (según la definición de los autores de los estudios clínicos). Para el neonato, el resultado primario fue el puntaje de Ápgar bajo (menor que siete a los cinco minutos). Concluyeron que no hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en cuanto a las tasas de cesárea (riesgo relativo [RR]: 0,64; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,24 a 1,70), parto vaginal instrumental (RR: 1,00; IC 95%: 0,85 a 1,17) o puntaje de Ápgar menor que siete a los cinco minutos (RR: 0,77; IC 95%: 0,29 a 2,06).. (8)

Muñoz, M. (2014), Tesis; Competencias Profesionales de la Matrona en la Atención al Parto Normal. Estudio Descriptivo de sus Percepciones en la Región de Murcia. Con el objetivo de Explorar la vivencia de las matronas en relación a sus propias competencias profesionales durante el desarrollo de su labor profesional, dentro de los seis hospitales que cuentan con maternidad en la Región de Murcia. Estudio Cualitativo, de percepción del proceso dinámico de la comprensión de las sensaciones y emociones analizadas con categorización e integración holística de la población en estudio. Resultados: Las matronas creen que se corresponde la cualificación profesional para la que han sido preparadas durante sus Programas formativos, con las actividades o funciones que desarrollan en la actualidad, aunque con matices, sobre todo porque consideran que, o bien en determinadas ocasiones no las dejan, o porque el sistema biomédico basado en las jerarquías impide que estas profesionales tomen decisiones en situaciones para las que han sido entrenadas.

En la atención del parto se encuentran con un techo, con dificultades para llevar a práctica los conocimientos, habilidades y competencias que adquieren durante su formación, especialidad y posteriormente. Existe un buen trabajo de equipo a la hora de abordar una situación de obstetricia. Concluyendo, que existen limitaciones para el ejercicio del campo profesional por restricciones del sistema biomédico. (9)

Ortiz, S. (2014). Tesis: Factores que influyen en la baja cobertura del parto institucional. Tesis de Grado. Universidad Rafael Landívar. Guatemala 2014. Con el objetivo de determinar los factores que influyen en la baja cobertura del parto institucional en el territorio No.1, Distrito Número 10, Aldea Guineales, Santa Catarina Ixtahuacán, Departamento de Sololá, Guatemala. Diseño: Estudio Cualitativo, población 43 madres. Materiales y Método: utilizaron la técnica de grupos focales dirigido a madres y comadronas: un grupo focal dirigido a madres con cada una de las 4 comunidades estudiadas; un grupo focal dirigido a madres que hayan recibido la atención de parto institucional; realizaron un test para medir conocimientos sobre parto institucional al personal de salud del CAP de Guineales y un listado de chequeo para determinar la adecuación cultural del CAP. Resultados: 33 de 43 madres que participaron en los grupos focales refirieron preferir la atención del parto en casa asistidas por la comadrona; diez madres prefirieron la atención en el CAP. Tanto médicos como enfermeras presentan un conocimiento medio respecto a parto institucional. El CAP está culturalmente

adecuado para la atención del parto institucional. Conclusiones: la preferencia del parto en casa es por comodidad, seguridad y atención por parte de su familia. Las madres que prefieren el CAP lo hacen por la confianza al médico para atenderlas. La posición preferida para la atención del parto es horizontal. (10)

Conchari, F. (2012) Artículo científico: Calidad del llenado del partograma en pacientes del Hospital La Paz. Universidad del Valle. La Paz Bolivia. Realizó un estudio retrospectivo y longitudinal, de junio a diciembre del 2010, incluyendo a pacientes en trabajo de parto a término, con presentación cefálica y sin indicación previa de cesárea, atendidas en el Hospital La Paz; se tomó en cuenta la madre como motor del parto, el feto y la calidad de llenado del partograma. De 441 pacientes con uso de partograma, un 54% presentaba llenado completo y adecuado; 94% culminaron en parto vía vaginal y 6% en cesárea. El registro adecuado de la curva de alerta real frente a la curva de acción se realizó en el 75% de todos los partogramas; 65.07% contaba con el registro adecuado de descenso cefálico; el registro de las contracciones uterinas se apreció en 75.5%. Concluyendo, que el 54% presentaba llenado completo y adecuado; 94% culminaron en parto vía vaginal y 6% en cesárea. (11)

Melgarejo D, Morales N. (2010), Tesis: Duración del periodo expulsivo en gestantes adolescentes de 15 a 19 años y la adaptación neonatal inmediata del recién nacido a término en relación a la puntuación de APGAR INMP - 2010. Lima-Perú. Estudio descriptivo, analítico,

retrospectivo de corte transversal. Centro Obstétrico, INMP. Instrumentos de Recolección: historias clínicas maternas, historias clínicas perinatales y el partograma de adolescentes entre 15 a 19 años. Métodos: La técnica empleada fue la ficha de recolección de datos, con la cual recolectaron la base de datos de modo aleatorizada. Principal medida de resultado: una frecuencia de 55 % de recién nacidos con una puntuación de Ápgar menor a 7 al minuto con duración del expulsivo mayores a los 30 minutos. 33% de recién nacidos con puntuación de Ápgar menor a 7 a los 5 minutos con duración del expulsivo mayor a los 30 minutos. Conclusiones: La duración del periodo expulsivo influye de manera significativa en los resultados del Ápgar. En el estudio no se encontró periodos expulsivos prolongados. (12)

1.3. Base teórica.

1.3.1. Partograma.

Es la representación gráfica en un plano cartesiano de la evolución de la dilatación cervical y del descenso de la presentación en relación con el tiempo transcurrido de trabajo de parto (13)

Partograma es el registro gráfico de la evolución del trabajo de parto, tomando en cuenta la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo. El partograma son tablas y

gráficas sobre las condiciones de la madre y el producto; basado en los cervicogramas de Friedman. (13)

Un partograma es una herramienta sencilla que ayuda a monitorizar el trabajo de parto, se trata de una representación gráfica de los valores y de los eventos que se producen durante el parto, aparecen valores como los signos vitales de las parturientas, la frecuencia cardíaca fetal, el avance de la dilatación cervical, etc. (13)

Son los objetivos del partograma: disminuir la morbilidad y mortalidad materno-perinatal mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones en la evolución del trabajo de parto y parto; proveer a personal médico y paramédico de un instrumento económico y asequible, de uso universal, para el seguimiento adecuado del trabajo de parto; prevenir o diagnosticar, o ambos, el trabajo de parto prolongado para garantizar una intervención médica oportuna; reducir el índice de operaciones cesáreas y la asfixia neonatal, así como sus secuelas. (13)

Estas son algunas de las ventajas del partograma: disminuye la morbilidad y mortalidad materno perinatal, pues constituye un sistema de alerta precoz ante situaciones que requieren una actuación médica inmediata o la remisión a centros especializados, o ambas condiciones; garantiza un seguimiento con alta calidad; evita la prolongación del trabajo de parto y las consecuencias que de ello se derivan; es capaz de explicar en

parte las bajas proporciones de cesárea en algunos hospitales y la reducción del “intervencionismo” obstétrico; en el seguimiento del trabajo de parto con cicatriz uterina predice precozmente la rotura uterina; facilita archivar y computar los datos; constituye un método de lenguaje universal; y, es económico y asequible. (13)

El parto y la evolución histórica del partograma

En 1954, Friedman estableció el concepto de análisis gráfico del trabajo de parto, para lo cual planteó una curva normal de dilatación sigmoidea y de descenso hiperbólico. Dividió el período de dilatación en 2 fases: la latente y la activa del trabajo de parto. La primera puede prolongarse hasta 20 horas en nulíparas y 14 en multíparas, pero con 6,4 y 4,8 horas como promedio, respectivamente; aquí las contracciones siguen un patrón regular, aunque de baja intensidad y duración, con dilatación cervical muy lenta, por lo que su trazo y la curva son casi planos. El autor trató a estas pacientes con Mederol y posteriormente utilizó oxitocina (tratamiento convencional) en las que persistían en fase latente prolongada. La fase latente del trabajo de parto ha sido definida de muy variadas formas, pero la tendencia actual es reducir el tiempo en que debe considerarse como prolongada, teniendo en cuenta que la relación de esta con los resultados maternoperinatales ejerce una influencia desfavorable. (14)

El partograma – la OMS.

En 1994, la OMS realizó un gran estudio multicéntrico con 35.484 mujeres del sureste asiático, apoyada en la propuesta del partograma de Phillpot y Studd, y demostró que el partograma reduce el trabajo de parto prolongado, el uso de oxitócicos y sus complicaciones potenciales, el índice de cesáreas sin razón justificada, y la morbilidad infecciosa.

Desde entonces la OMS recomienda el uso del partograma porque permite identificar a las mujeres con progreso normal de aquellas con problemas en el trabajo de parto que requieren intervención.

En su momento, la OMS (Organización Mundial de la Salud) anunció el partograma como herramienta una de las más importantes en el campo de la obstétrica moderna, por ello, recomienda su uso a nivel universal y sobre todo se reconoció que podía ser un recurso valioso para los países en vías de desarrollo. (14)

- El partograma modificado.

El partograma de la OMS se ha modificado para que sea más sencillo y más fácil de usar. El registro gráfico en el partograma, empieza en la fase activa cuando el cuello uterino tiene 4 cm de dilatación.

1. En cumplimiento a la Resolución N° 073-GDP-EsSalud 2006 que aprueba la “Guía de Práctica Clínica para la atención del Parto Normal” que norma el uso de partograma.
2. Se utilizará el partograma de OMS modificado que elimina la fase latente.
3. El registro gráfico del partograma empieza en la fase activa cuando el cérvix uterino tiene 4 cm de dilatación.
4. Registre los siguientes datos en el partograma.
 - a. Información sobre el paciente.
 - b. Frecuencia cardiaca fetal: registre cada media hora.
 - c. Líquido amniótico: registre el color en cada examen vaginal utilizando las letras para indicar: I, membranas íntegras; R, momento de la rotura de membranas; C, membranas rotas, líquido claro; M, líquido meconial; S, líquido sanguinolento.
 - d. Moldeamiento: registre utilizando los números del 1 al 3 para indicar 1, suturas lada a lado; 2, suturas superpuestas, pero reducibles; 3, suturas superpuestas y no reducibles.
 - e. Dilatación de cuello uterino.
 - f. Línea de alerta
 - g. Línea de acción.
 - h. Evaluación del descenso mediante palpación abdominal.

Se refiere a la parte de la cabeza (dividida en 5 partes, se palpa por encima de la sínfisis de pubis. Se registra como

un círculo (O) en cada examen vaginal. A 0/5 el sincipicio (S) está a nivel de la sínfisis del pubis.

- i. N° de horas: referido al tiempo transcurrido desde el inicio de fase activa
- j. Hora: registre el tiempo actual
- k. Contracciones uterinas: : grafique cada media hora, palpe el número de contracciones en 10 minutos y su duración en segundos
 - Menos de 20 segundos: cuadrilátero punteado
 - Entre 20 y 40 segundos: cuadrilátero con líneas oblicuas
 - Más de 40 segundos: cuadrilátero oscuro
- l. Oxitocina: registre la cantidad de oxitocina por volumen de líquido ev. En gotas por minuto cada 30 minutos cuando se utilice
- m. Medicamentos suministrados: registre cualquier droga adicional administrada, inclusive líquidos
- n. Pulso: registre cada 30 minutos
- o. Presión arterial: registre cada 4 horas con puntas de flecha
- p. Temperatura: registre cada 2 horas
- q. Proteínas, acetona y volumen urinario: registre cada vez que se colecta orina (14)

- **Uso del partograma.**

Uso del Partograma: aunque los trabajos que existen son ensayos clínicos no bien controlados que pretenden medir si el partograma aumenta la calidad del cuidado obstétrico, es importante que el progreso normal o la ausencia del progreso del trabajo de parto sea rápidamente detectada. El uso del partograma permite que el progreso del trabajo de parto sea valorada con una sola mirada, permitiendo decisiones clínicas más rápidas. (14)

1.3.2. Calidad de llenado del partograma.

- **Tiempo de inicio del partograma.**

Si bien es cierto que los datos del partograma que nos optimizan la atención obstétrica son aquellas en que se toma en cuenta que el momento que se inicia el llenado del partograma con curva de alerta, 3 contracciones uterinas en 10 minutos, de al menos 40 segundos de duración, intensidad (++) y al menos 3-4 cm de dilatación; se debe de iniciar el registro de las evaluaciones clínicas desde el ingreso de la paciente al hospital, tanto durante el período previo a la fase activa del trabajo de parto como durante este. Debe escribirse la hora de evaluación en cada columna y de manera consecutiva siguiendo las letras desde la “a” hasta la “p”. Las horas registradas en esta tabla, no tienen que coincidir

necesariamente con las horas consignadas en la tabla del partograma, pues cada que se evalúa la paciente no se realiza un tacto vaginal. Esta parte del partograma debe ser diligenciada cada que se evalué la paciente por cualquier miembro del equipo de salud. (15)

Las pacientes de bajo riesgo se deben evaluar, como mínimo, cada 30 minutos y las de alto riesgo cada 15 minutos o con mayor frecuencia si se considera pertinente. Estas evaluaciones deben incluir la evaluación de la FCF, posición materna, pulso materno, calidad de la actividad uterina (duración, frecuencia e intensidad de las contracciones) y localización del dolor. (15)

- **Patrón de construcción de la curva de alerta.**

Para construir la curva de alerta se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Si la paciente ingresa en 5 cm de dilatación: iniciar la curva de alerta en la línea de base.
- b) Si la paciente ingresa en 6 cm, de dilatación o más iniciar la curva de alerta en el punto que indica la dilatación correspondiente.
- c) Si se inicia el registro gráfico por debajo de la línea de base (antes de 4,5 cm de dilatación) se debe trazar una línea recta que una los puntos de la dilatación por debajo de la

línea de base y la siguiente que esté por encima de la misma y construir la curva de alerta desde el punto donde la línea recta intercepta la línea de base. La línea continua muestra la curva de dilatación cervical de la paciente y la curva discontinua muestra la curva de alerta. Se trata de una paciente nulípara con membranas integra (15)

- **Curva o línea de alerta.**

La Curva de Alerta (línea punteada) deberá iniciarse, en los casos de parturientas que llegan con poca dilatación, al momento que la curva real se intercepta con la línea de base (la línea de base es una línea continua impresa en el Partograma que se encuentra entre los 4 y 5 cm de dilatación cervical).

Este punto de intersección deberá ser marcado no con un punto, ya que se confundiría con otro tacto realizado, sino con un cero pequeño (0) y que se denota como punto cero, punto de inicio o punto de partida. En situaciones en donde la parturienta llegue con trabajo de parto avanzado, la elaboración de la curva de alerta se iniciará según corresponda, de acuerdo a la información obtenida a través del tacto vaginal.

Se debe seleccionar de forma correcta, de acuerdo a las características de la parturienta, la columna correspondiente a ese caso particular en una de las 5 variantes: **Vertical:** Todas,

con membranas íntegras, no importando la paridad (Vertical significa caminando, parada o sentada). **Horizontal:** Corresponde a dos categorías: multíparas y nulíparas; cualquiera sea la paridad, puede estar con membranas ovulares íntegras o rotas.

Este patrón de construcción puede seleccionarse mediante el uso de flechitas ascendentes o resaltando el contorno de la columna seleccionada. Debe compararse e interpretarse la curva real que se va obteniendo en los diferentes tactos realizados, con la curva de alerta previamente elaborada la Curva de Alerta es el tiempo máximo normal (en base al Percentil 10) que puede durar el trabajo de parto.

Normalmente, en ninguna situación la Curva Real debe cruzar la Curva de Alerta (Trabajo de Parto Prolongado u Obstruido). Tampoco es normal que la Curva Real sea vertical y que se aleje demasiado de la Curva de Alerta (Trabajo de Parto Intempestivo o Parto Precipitado por hiperdinamia uterina inducida o espontánea), lo cual también trae serias complicaciones al binomio materno-fetal. (15)

- **Cambios de patrones de la curva de alerta.**

Los cambios de patrones en la curva de alerta deben graficarse en el Partograma: De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas. Cuando la parturienta cambia de

posición vertical (caminando, de pie, sentada) a horizontal (acostada), o bien que se rompan las membranas; inmediatamente con la nueva valoración se debe cambiar el patrón de construcción de la curva de alerta por la nueva correspondiente, modificando la curva de alerta a partir de la dilatación graficada en la curva de alerta previa. **(15)**

- Curva real.

Debe elaborarse en todo Partograma, resulta de la unión con una línea continua de los diferentes puntos correspondientes a los tactos realizados por la persona que examina. La curva real debe elaborarse desde el primer contacto con la parturienta en trabajo de parto, hasta el momento del nacimiento. Al monitorear el Partograma con curva de alerta y no encontrar una curva real graficada hasta el momento del nacimiento traduce que a la parturienta le fue realizada una operación cesárea, por lo tanto no se graficó la curva real hasta el final, pero además en las notas se encontrará la descripción de por qué se decidió la realización de esta cirugía. La parturienta fue referida a otra unidad de salud de mayor nivel de resolución.

Una copia del Partograma con curva de alerta, debe acompañar toda referencia a otra unidad de salud, en donde se refleja el diagnóstico y motivo de traslado. **(15)**

- **Curva o línea de acción.**

El partograma OMS trae impreso la Línea de Alerta y la Línea de Acción. La línea de alerta comienza con 4 cm de dilatación hasta los 10 cm de dilatación completa y a una velocidad de un (1) cm por hora. La línea de acción está graficada paralelamente 4 horas a la derecha de la Línea de Alerta.

Si la paciente ingresa con una dilatación mayor de 4 cm, se graficará una nueva Línea de alerta para el caso específico, es decir, comenzando con la dilatación que ingresa la paciente hasta la dilatación completa de 10 cm esperada a una velocidad de 1 cm por hora. Así mismo, se graficará una nueva curva o Línea de Acción para este caso, trazando una línea paralela 4 horas a la derecha de la nueva Línea de Alerta.

- **Planos de Hodge.**

Los planos de Hodge es un término obstétrico usado para dividir la pelvis desde el estrecho superior hasta el estrecho inferior, incluyendo la excavación pélvica con el fin de ubicar la posición de la presentación fetal en su paso por el canal del parto, teniendo como referencia el ecuador de la cabeza fetal.

Paralelos entre sí, permiten conocer a que altura de la pelvis se encuentra el polo fetal: **Primer plano** coincide con el estrecho superior. Cuando el polo fetal llega a este plano, la presentación esta móvil. **Segundo plano**, pasa por el borde

inferior del pubis. Cuando la presentación lo alcanza esta fija;
Tercer plano, pasa por las espinas ciáticas. Cuando la presentación llega a este plano se considerará encajada.
Cuarto plano, se extiende desde el extremo inferior del cóccix no retropulsado. Presentación profundamente encajada. (15)

- **Método de los quintos**

(Para ubicar la posición de la presentación fetal en su paso por el canal del parto). Sirve para evaluar el descenso cefálico por palpación abdominal. Se refiere a la parte palpable de la cabeza por encima del pubis (dividido en 5 partes, que corresponden a la mano que explora. 5/5; el polo cefálico está completamente por encima del pubis. 4/5; el sincipucio alto, occipucio se siente fácilmente. 3/5; el sincipucio se siente fácilmente, occipucio se siente. 2/5; sincipucio se siente, occipucio casi se siente; 1/5; sincipucio se siente, occipucio no se siente. 0/5; la cabeza no es palpable.

Tener presente que 2/5 corresponde a “estación cero”, es decir en correspondencia con la evaluación de los planos de Hodge, se refiere a que la cabeza está a nivel de las espinas ciáticas, o, a la cabeza fetal “encajada”.

- **Frecuencia cardiaca fetal.**

La frecuencia cardiaca fetal o fetocardia de feto humano son los latidos del corazón en un minuto. El corazón fetal aparece a

la semana 5 y ya se puede detectar su latido mediante una ecografía Doppler gestacional a partir de la décima semana. La frecuencia cardíaca basal más comúnmente aceptada como normal se halla entre, los 120 y los 160 latidos por minuto. (16)

La Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) debe de medirse entre contracciones (período de relajación). Tome la FCF por un minuto completo y durante 15 segundos multiplicado por 4, para la búsqueda de DIPS tipo II, por lo menos una vez cada 30 minutos durante la fase activa (a partir de los 4-5 cms. de dilatación) y durante cada 5 minutos durante el segundo período (período expulsivo), cuando se investiga el DIPS II, éste debe considerarse positivo cuando una caída transitoria de la FCF con respecto a la basal tenga una amplitud mayor de 15 latidos por minuto. Si bien se considera normal FCF entre 120 y 160 por min. la variabilidad normal no debe exceder los 12 latidos; si hay bradicardia (FCF menor de 120) o taquicardia (FCF mayor de 160) en período de relajamiento sospeche sufrimiento fetal.

Debe anotarse e interpretarse además, las variaciones de FCF que correspondan a DIPS Tipo I, DIPS Tipo II y a DIPS variables que se pueden auscultar e identificar durante las contracciones uterinas. (16)

- **Contracciones uterinas.**

La contracción uterina es una contracción de ese saco muscular que es el útero, acompañada de una fase de relajación. Es percibida como un endurecimiento del abdomen; la contracción uterina representa el motor del parto. (17)

La contracción uterina es indispensable para que ocurra el parto, por eso es necesario entender su fisiología para poder manejar las desviaciones de lo normal que pueden provocar parto pretérmino y distocias. La fibra muscular del segmento uterino superior, tiene la particularidad de que cuando ocurre la fase de relajación, esta no es completa aunque el tono permanece normal, lo cual hace que la cavidad uterina se haga cada vez menor y expulse su contenido. Por el contrario, al terminar la contracción la fibra muscular del segmento uterino inferior no recobra su longitud original lo que favorece una mayor amplitud que permite la salida del feto. La contracción tiene una frecuencia, intensidad y duración que aumenta a medida que la gestación se acerca a su término, alcanza su máximo durante el trabajo de parto, disminuyen durante el alumbramiento y desaparecen en el curso del puerperio. La actividad uterina se mide en “Unidades Montevideo” y representa el producto de la intensidad promedio de las contracciones uterinas por el número de contracciones, en un periodo de 10 minutos de vigilancia. (17)

El embarazo provoca un aumento del número (hiperplasia) pero sobre todo, del tamaño de la fibra muscular (hipertrofia), de tal manera que al final del embarazo puede llegar a cuadruplicar la longitud de la fibra del estado no grávido. Las fibras lisas del músculo uterino y las del músculo estriado de otras partes del organismo presentan una serie de diferencias que favorecen las modificaciones del segmento uterino, la dilatación cervical y el descenso de la presentación. (17)

La frecuencia de las contracciones uterinas en 10 minutos, se grafica utilizando un triángulo en el tiempo real del Partograma correspondiente a la valoración. Lo normal en el Trabajo de Parto, es que se produzcan 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos. A medida que el trabajo de parto va progresando, las contracciones uterinas aumentan en frecuencia, intensidad y duración. (17)

Si bien en el Trabajo de Parto, se considera normal 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos; de 40 a 60 segundos de duración y de intensidad normal (++) , variaciones en cualquiera de estos parámetros requieren una interpretación, que deben derivar en acciones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia para la parturienta.

Componentes de la contracción uterina.

Los componentes de la contracción uterina son los siguientes:

Presión basal. Es la presión más baja que se registra entre contracciones durante el periodo de relajación uterina. Estas cifras varían de 8 a 12 mmHg (CaldeyroBarcia, 1958).

Intensidad. Es la presión máxima que alcanza la contracción uterina, expresada en mm de Hg, y los valores normales durante el trabajo de parto oscilan entre 30 y 60 mmHg. La intensidad depende de la masa miometrial total y del número de células excitadas. La contracción del útero grávido es perceptible por palpación abdominal cuando la intensidad supera en 10 mmHg la presión basal. Las contracciones uterinas no producen dolor hasta que la intensidad sobrepasa los 15 mmHg con respecto a las cifras basales. Entre las causas que producen el dolor se encuentran las siguientes:

1. Hipoxia de las células miometriales durante la contracción.
2. Compresión de los ganglios nerviosos en el cuello uterino y segmento uterino inferior.
3. Distensión del cuello uterino durante la dilatación.
4. Distensión del peritoneo durante el descenso y expulsión.
5. La intensidad del dolor se registra con los siguientes símbolos: (uuu) Intensidad del dolor: Fuerte (+++); moderado (++) ; débil (+); no lo percibe (-)

Frecuencia. Es una expresión del intervalo entre contracciones, o sea, el periodo entre dos contracciones consecutivas. El

intervalo entre contracciones se mide entre el punto máximo de dos contracciones uterinas. La frecuencia de las contracciones se expresa como el tiempo promedio de los intervalos medidos durante un periodo de 10 minutos o el número de contracciones en 10 minutos. Durante el embarazo las contracciones son irregulares en cuanto a frecuencia e intensidad, pero durante el trabajo de parto se vuelven más regulares y ocurren con una frecuencia de 3 a 5 contracciones cada 10 minutos.

Duración. El cálculo de la duración de una contracción uterina depende de una definición precisa del inicio hasta el término, con respecto a la línea basal y tiene una relación no proporcional con su amplitud. La contracción se puede percibir por palpación durante unos 45 a 60 segundos y la paciente la siente por unos 35 a 50 segundos. La duración total de la contracción por registros internos es de 200 segundos. (17)

Valoración cervical:

Se determinará la posición del cuello respecto al eje de la pelvis, si es posterior, central o anterior, el borramiento, la dilatación y la consistencia.

Para graficar la dilatación se utiliza un punto en el tiempo real, el graficar correctamente la dilatación cervical nos permite elaborar adecuadamente la Curva Real y la Curva de Alerta. La utilización adecuada del Partograma, permite incluso reducir el número de tactos que se realizan a la parturienta, reduciendo las molestias

y el riesgo de infecciones. Si las membranas ovulares se hubiesen roto espontáneamente, en tiempo real debe registrarse Ruptura Espontánea de Membranas (REM), o si sucediere al momento de realizar un tacto vaginal, ya sea accidentalmente o por una indicación precisa, en tiempo real debe registrarse Ruptura Artificial de Membranas (RAM) (18)

Al momento de realizar el tacto vaginal, además de precisar la dilatación cervical, se debe valorar la Variedad de Posición de la presentación.

Curvas de Alerta para la Dilatación Cervical

Se trata de un sistema de vigilancia tanto para la prevención del parto prolongado como para la prevención de intervenciones no siempre oportunas como la estimulación con oxitocina o la operación cesárea. Es uno de los instrumentos indispensables para evaluar la calidad de la atención del parto a la vez que resulta una herramienta práctica para vigilar el progreso del parto en un caso individual. Las curvas de alerta marcan un límite extremo (percentil 10) de la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo, que incluye el 90% de la totalidad de los partos normales. Permiten alertar precozmente ante aquellos casos que al traspasar este límite, estén mostrando un enlentecimiento que requiera mayor vigilancia para descartar alguna posible distocia. Brindan, por lo tanto, tiempo suficiente

para permitir la corrección de la anomalía en el propio lugar o para la referencia oportuna del caso. (19)

1.3.3. Clínica del trabajo de parto.

1.3.3.1. Vigilancia Clínica de trabajo de parto.

Cuidado continuo provisto durante el trabajo de parto para la identificación oportuna de la aparición de riesgos o complicaciones. (20)

La vigilancia permanente y adecuada del trabajo de parto es una estrategia necesaria para garantizar la disminución de los riesgos, y es una oportunidad para brindar el acompañamiento y la atención humanizada que la mujer gestante requiere. Además, el registro objetivo y sistematizado del trabajo de parto es una fuente invaluable de información para el análisis y la toma de decisiones, así como un instrumento para la evaluación de la calidad de la atención brindada por los servicios obstétricos. Adicionalmente a lo ya mencionado existe un concepto básico que siempre se debe tener en cuenta es que toda gestación, parto y puerperio conllevan un riesgo intrínseco, haya o no factores de riesgo asociados. (20)

1.3.3.2. Características de la evolución de la labor de parto

Es la actividad uterina rítmica y coordinada mediante la cual se logra la dilatación cervical progresiva, que acaba por dilatar completamente el cuello del útero. O conjunto de fenómenos

fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales externos (21)

También se le conoce como contracciones uterinas involuntarias y coordinadas de intensidad creciente que resultan en la incorporación y dilatación del cérvix uterino y descenso de la presentación, contribuyen al pujo y concluyen con la expulsión de los productos de la concepción.

Etapas o períodos del Trabajo de parto

Desde el punto de vista fisiológico y clínico el parto se divide en tres etapas o períodos:

- Primer período o fase de dilatación cervical: corresponde al borramiento y dilatación del cuello cervical
- Segundo período o fase de expulsión fetal
- Tercer período o fase de alumbramiento: corresponde a la salida de los anexos fetales (placenta y membranas).

Pre-parto

Es el período de actividad uterina creciente, que corresponde a las últimas semanas de gravidez. En esta etapa se llevan a cabo modificaciones anatómo funcionales muy importantes en el cuello uterino, respecto a su posición, borramiento o incorporación. Las contracciones uterinas (Braxton hicks)

constituyen uno de los factores que causan maduración progresiva del cuello uterino que ocurre en el pre parto.

En esta fase de transición, tiene lugar el ablandamiento y el borramiento del cuello uterino; la duración es variable:

- En las Primigestas; es de pocos días hasta alrededor de 3 semanas.
- En las Multíparas; el pre-parto dura menos, de minutos a pocas horas.
- En las Grandes Multíparas; a veces el parto se instala de manera súbita, pudiendo decir que el pase es directo del estado del embarazo al de trabajo de parto.

El pre-parto en la nulípara finaliza cuando el cuello uterino está centralizado, incorporado al 100%, dilatación de 2 cm., y segmento inferior formado. La transición entre el pre parto y el comienzo del parto, no tiene lugar en forma brusca, se hace gradual y progresivamente.

Comienzo del parto

No existe un límite neto entre pre parto y parto, sino una transición gradual y progresiva, tanto en las características de las contracciones uterinas, como en los cambios que ocurren en el segmento inferior y el cuello uterino.

Identificación del trabajo de parto

Una de las prácticas más importantes en Obstetricia, es el diagnóstico certero del trabajo de parto. Un diagnóstico erróneo del trabajo de parto puede conducir a intervenciones inadecuadas con la finalidad de intensificarlo. Pero si el trabajo de parto pasa inadvertido el feto puede sufrir efectos nocivos o perjudiciales de complicaciones inesperadas en lugares sin posibilidades de una atención médica adecuada. (21)

Contracciones del trabajo de parto falso

Las contracciones están separadas por intervalos irregulares y breves. Los intervalos entre las contracciones continúan prolongados. La intensidad de las contracciones permanece inalterada. El dolor asociado se localiza sobre todo en la parte inferior del abdomen y la ingle. No se acompañan de dilatación del cuello uterino. El dolor suele aliviarse por la sedación. Es más frecuente a finales del embarazo y en la mujer múltipara a menudo se detiene espontáneamente. (22)

Etapas o periodos del trabajo de parto

a. Primer periodo: borramiento y dilatación cervical

El primer período comienza cuando se alcanza contracciones del útero de frecuencia, intensidad y duración suficientes para inducir el borramiento y dilatación progresiva del cuello. Este

período termina cuando el cuello uterino se encuentra completamente dilatado; es decir con una dilatación cervical de 10 cm, suficiente para permitir el pasaje de la cabeza fetal. La duración promedio de este proceso varía entre nulíparas y multíparas: multíparas: 6-8 h y en nulíparas: 10-14 h.

Patrones del trabajo de parto

Patrón de Dilatación Cervical

La fase de dilatación se divide en: Fase latente y fase activa.

Fase Latente:

Corresponde a la división preparatoria, se produce poca dilatación cervical. Esta fase del trabajo de parto puede ser sensible a la sedación y a la analgesia por conducción.

La duración de la fase latente es variable y está sujeta a cambios provocados por factores exógenos, la sedación (prolongación de la fase latente) y la estimulación del miometrio (acortamiento de la fase latente). Friedman(1972):define el inicio de la fase latente del trabajo de parto; como el momento en el que la madre percibe contracciones uterinas regulares, junto con el ablandamiento, borramiento del cérvix, y dilatación progresiva pero lenta. (23)

Duración. En la nulípara tiene una duración promedio de 8.6 horas; y una fase latente prolongada es mayor a 20 horas;

mientras que en la multípara la duración promedio es de 4 a 6 horas; y la fase prolongada es mayor igual de 14 horas.

Fase Activa:

Comienza con la dilatación cervical de 4 cm, en presencia de contracciones uterinas. Se subdivide en:

Fase de aceleración: permiten predecir el resultado final del parto.

Fase de máxima pendiente: es un indicador adecuado de la eficiencia global de la máquina.

Fase de desaceleración: las características de esta fase reflejan las relaciones feto-pelvianas

Duración:

En la nulípara tiene una duración promedio de 4.9 horas; y una fase activa prolongada es de 11.9 horas.

Kilpatrick y Laros; informaron que la duración media de la primera y segunda etapa del trabajo de parto era de alrededor de 9 horas en las nulíparas. Y el límite superior (percentil 95) era de 18.5 horas. En las multíparas: duración media de 6 horas, (percentil 95) de 13.5 horas. El descenso activo generalmente se produce después de cierta evolución de la dilatación cervical. (23)

En las nulíparas el descenso fetal es más rápido durante la fase de máxima pendiente de la dilatación cervical y se mantiene hasta que la parte la presentación llega al piso perineal.

b. Segundo periodo: expulsivo

Es un tiempo del mecanismo del parto, es un periodo corto. Se inicia cuando la dilatación está completa con el objetivo de expulsar el feto. Es el momento de dilatación completa del cuello uterino, que anuncia el inicio del periodo expulsivo del trabajo de parto.

Duración:

En ausencia de compromiso fetal, si la dinámica uterina es adecuada, la colaboración de la madre es buena y no existen problemas maternos que lo contraindiquen, se acepta como duración normal hasta 2 horas en nulíparas y hasta 1 hora en multíparas, siempre que exista un progreso continuo en el descenso de la presentación. Sin embargo, la mayoría de estudios coinciden que la duración media en la nulípara es de 50'; mientras que en la multípara es de 20'

c. Tercer periodo: alumbramiento

Es el periodo de tiempo desde el nacimiento del feto hasta la expulsión completa de la placenta y membranas ovulares.

Esperar alumbramiento espontáneo hasta 30 minutos; revisión de placenta y membranas ovulares; revisión del canal vaginal; vigilar que el sangrado no sea mayor de 500 cc; control de la tensión arterial; vigilar tono e involución uterina.

Duración.-

El periodo placentario tiene una duración entre 5 y 30 minutos, el cual es independiente de la paridad de la madre.

Durante el curso del alumbramiento se produce siempre una pérdida de sangre, que puede calcularse, como expresión normal, entre 300 y 500ml. Por encima de esta cifra aumenta progresivamente el peligro de la hemorragia; al respecto no debe olvidarse que el organismo se halla preparado para esta pérdida por el aumento de la volemia. (23)

1. Factores del Trabajo de parto

a. Factor Canal: Se llama así al conducto que debe atravesar el feto para nacer. Está formado por una estructura ósea, la pelvis y un conducto músculo-aponeurótico, el canal blando o suelo de pelvis. el canal del parto adopta la forma de un cilindro acodado.

El canal óseo recubre por fuera al canal blando. Y, debido a su consistencia dura, presenta gran resistencia al movimiento del feto. El canal óseo, o pélvico, del parto está formado: por el sacro (detrás), y los dos coxales (a los lados

y delante). A la región anterior de cada coxal se denomina . Y ambos pubis se unen entre sí mediante un cartílago: la **del pubis**. Se trata, pues, de un **del parto curvo**, circunstancia que sólo se da en la especie humana.

El canal blando está formado por estructuras blandas: **cuello uterino, vagina y vulva**. La mucosa (capa interna de todo el conducto) presenta la propiedad física de **el índice de rozamiento**, facilitando el deslizamiento del feto. El cuello, rico en colágeno, constituye un **mecanismo de cierre** de difícil apertura para el paso del feto. La vagina presenta una **de unos 90°** que condiciona un pronunciado cambio de dirección en el recorrido del feto.

b. Factor Móvil: Se llama así al feto, llamado también pasajero; concepto morfológico dinámico, considerado como un cilindro u ovoide: tres segmentos (cabeza, hombros y nalgas) capaces de por sí originar un mecanismo de parto.

El parto en pre *cefálica*, cabeza se coloca en la parte del útero. Se da un porcentaje superior al 85 %. Cuando la cabeza está colocada en la parte alta del útero, se denomina presentación pelviana. El feto adopta la *Posición en dorso anterior*: dorso del feto, se sitúa en la parte , coincidiendo **el vientre de la madre**. *Flexión de la cabeza del feto*: cabeza del feto se , aproximando el mentón al tórax. Y, de esta manera, el occipital, convertido en zona conductora, es la punta de lanza que abre el camino por el canal del

parto. *Rotación del feto*: La rotación del feto en el canal pélvico es la característica más peculiar y llamativa del parto humano.

c. Factor Motor: Se llama así al útero, es la fuerza que impulsa al feto a través del canal de parto en el tiempo normal necesario para dejar el estado de embarazo. La actividad contráctil es asumida por la fibra muscular uterina. Esta dada principalmente por las contracciones de la musculatura uterina, y en forma accesoria por la prensa abdominal (diafragma y músculos abdominales). En la parte superior predominan las fibras musculares; en la parte inferior predominan las fibras de colágeno; la contracción de las fibras musculares constituye la fuerza de empuje sobre el feto; y, las fibras de colágeno son las encargadas de fortalecer, durante el embarazo, el mecanismo de cierre. (23)

La contracción uterina consiste en un acortamiento de las fibras musculares del útero. En la contracción uterina se produce: Un descenso del fondo uterino. Una disminución de la cavidad uterina y, por tanto, un aumento de la presión hidrostática del líquido amniótico. (23)

- Distocias del parto.

Alteración del parto normal; o trabajo de parto anormal que resulta de anomalías en la fuerza, el pasajero o el pasaje. Debido a que ésta raramente puede diagnosticarse con certeza, se usa el término: falla de progresión. Parto difícil, imposible o peligroso para la madre, el feto o ambos. (24)

En medicina, el término distocia se emplea cuando el parto o alumbramiento procede de manera anormal o difícil.

Puede ser el resultado de contracciones uterinas incoordinadas, de una posición anormal del feto, de una desproporción cefalopélvica relativa o absoluta o por anomalías que afectan el canal blando del parto. Sin embargo, un embarazo complicado por distocia puede, con frecuencia, llegar a término con el empleo de maniobras obstétricas, como los partos instrumentados -por ejemplo, el uso de fórceps o, más comúnmente, por una cesárea.

Puede ser el resultado de contracciones uterinas incoordinadas, de una posición anormal del feto, de una desproporción cefalopélvica relativa o absoluta o por anomalías que afectan el canal blando del parto. Su incidencia es difícil de determinar. En nulíparas la incidencia de desórdenes durante el parto es 8 a 10%. (24)

Abarca aquellas situaciones de estados fetales o maternos no satisfactorios o de eventos potencialmente adquiridos durante

el trabajo de parto, que aumente el riesgo para la madre o el feto.

Clasificación de las distocias.

Las distocias se clasifican de acuerdo a las causas que la originan: por el motor; distocias por el canal o distocias por el móvil.

a. Distocias del motor del parto. Producidas por anomalías en la contracción uterina; pueden ser por defecto, por exceso o por incoordinación, así tenemos: hipodinamias; hiperdinamias; disdinamias.

- **Hipodinamias.** El útero en sus contracciones es poco eficaz para hacer progresar un parto; se debe hacer un registro gráfico de la contracción uterina. Las contracciones son: más débiles (menor aumento de la presión intrauterina); de menor duración; o más espaciadas.
- **Hiperdinamia.** Espontánea o yatrogénica que es la más común por la sobredosificación de occitócicos (oxitocinas y prostaglandinas); por un obstáculo en el parto. Se caracteriza por una hipersistolia o una taquisistolia. A veces se produce hipertonía como consecuencia de una sumación de contracciones. La hipertonía espontánea es excepcional. (24)

- **Disdinamias.** Son las incoordinaciones uterinas. Los marcapasos se originan en el ángulo tubario (en la unión de la trompa con el útero) aquí es en donde se origina la contracción. Las disdinamias uterinas determinan distocias graves en las que el parto no progresa absolutamente nada. Son muy difíciles de diagnosticar

b. Distocias del canal del parto. Del canal blando del parto; del canal óseo del parto.

c. Distocias por el móvil. Por anomalías en el tamaño o en la forma fetal; por anomalías en el número, embarazo gemelar; por anomalías en la presentación (Parto de nalgas; parto en transversa; parto de deflexión (sincipuccio, frente, cara) (24)

Pueden considerarse como distocias absolutas aquellas que no permiten el nacimiento vaginal si poner en riesgo la vida materna o fetal; entre estas se encuentran: la situación transversa, la macrosomía fetal, la hidrocefalia y los gemelos unidos. Otras distocias fetales se consideran relativas puesto que no necesariamente evitan el nacimiento vaginal, entre ellas: la presentación de pelvis, malas posiciones fetales, distocia de hombros y las distocias corporales. (24)

- Vías de terminación del parto.

- a. Vaginal:** Comienzo espontánea, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El feto nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. (25)

Este de parto significa riesgos mínimos porque no existe alteración alguna de la madre ni el feto por medio de medicamentos. El obstetra basa su diagnóstico en los latidos cardiacos fetales y en la frecuencia e intensidad de las contracciones. Entre sus beneficios destaca el contacto inmediato del recién nacido con su madre, desarrollando su autoestima, capacidad de entregar amor y relacionarse con el resto.

En condiciones normales acontece cuando el feto ha cumplido integralmente el ciclo de su vida intrauterina y la grávida ha llegado al término de su embarazo; entre las 37 y 41 semanas de amenorrea.

- **Parto espontáneo:** se inicia sin que hayan intervenido agentes externos.
- **Parto provocado o inducido:** se inicia mediante la intervención de agentes externos.
- **Parto eutócico:** se desarrolla sin dificultades en todos los períodos.

- b. Cesárea:** La Cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina. (26)

La cesárea es una intervención Quirúrgica mediante la cual se extrae el producto de la concepción mayor de 22 semanas, a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y de la pared uterina (histerotomía), cuando existen indicaciones fetales y/o maternas que contraindican el parto por la vía vaginal, evitando Clasificación los riesgos y complicaciones maternos-fetales. La frecuencia actualmente en el Perú oscila entre 18 a 47% del total de los partos vaginales. (26)

Clasificación:

- **Cesárea Electiva:** Indicación determinada durante el control prenatal y da tiempo para programar la cirugía en las mejores condiciones.
- **Cesárea de Emergencia:** Aquella que se realiza de manera imprevista por la presencia de una patología que obliga la culminación del embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones.

- **Cesárea de Urgencia:** Cirugía de realización inmediata por la presencia de una patología de aparición súbita que obliga la culminación del embarazo, que no permite realizar exámenes mínimos, completar la historia clínica ni realizar otros tramites obligando un despliegue ágil de todo el personal alrededor de la paciente.

- **Indicaciones de cesárea.**

La protocolización de las indicaciones de cesáreas basadas en la evidencia incluye la distocia, riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF), cicatriz uterina previa, presentación de nalgas, embarazo múltiple, enfermedad materna y macrosomía. (26)

- **Sufrimiento Fetal Agudo (SFA).** Es sinónimo de hipoxia fetal, condición asociada a una variedad de complicaciones obstétricas que afectan los procesos normales de intercambio entre la madre y feto. Término que se usa en obstetricia para referirse a un estado que altera la fisiología fetal antes o durante el parto, de tal modo que es probable su muerte o la aparición de lesiones permanentes en un período relativamente breve. En general, el SFA es causada por un déficit de oxígeno secundario principalmente a insuficiencia en la circulación útero-placentaria, compresión del cordón umbilical y

complicaciones fetales como la sepsis o las hemorragias.
(27)

La presencia de los latidos del corazón fetal permite detectar y asegurar la presencia de una fundada presunción de hipoxia fetal; la que se relaciona con el sufrimiento fetal, la depresión al nacer o la muerte fetal.

Se puede diagnosticar la bradicardia fetal, cuando al auscultar con el fetoscopio de Pinard, los latidos cardiacos fetales se encuentran por debajo de los 120 latidos por minuto. Se habla de taquicardia, cuando los latidos cardiacos fetales se encuentran por encima de los 160 latidos por minuto. Por lo tanto se diagnostica latidos cardiacos fetales normales cuando la frecuencia se encuentra entre 120 y 160 latidos por minuto.

- **Desproporción Céfalo Pélvico (DCP).** El término desproporción feto pélvica (DFP) se utiliza para describir una disparidad entre las dimensiones de la cabeza fetal y la pelvis materna, lo que se traduce en un enlentecimiento o detención de la dilatación cervical y el descenso de la cabeza fetal a pesar de la presencia de contracciones uterinas adecuadas, lo que impide el parto por vía vaginal.
(28)

- **Trabajo de parto disfuncional:** Fase activa detenida; expulsivo prolongado. El trabajo de parto disfuncional, es cualquier anormalidad en el mecanismo del parto que interfiera con la evolución fisiológica del mismo. Es aquel donde el progreso en la dilatación, el descenso de la presentación o la expulsión del feto, se apartan del ritmo normal. Su frecuencia es de 18.3%, los factores relacionados son múltiples y sus repercusiones perinatales pueden ir desde lesiones menores hasta daño cerebral grave. (29)

- **Fase activa detenida:** ocurre cuando la velocidad de dilatación cervical durante la fase activa, es menor de 1,2 cm por hora en nulípara y de 1,5 cm por hora en multíparas. Se tendrá en cuenta el progreso de la dilatación (el 70% asociada con una detención de la dilatación y del descenso termina en cesárea; el 30% sigue progresando el parto). Debe descartarse generalmente la presencia de una desproporción cefalopélvica por las complicaciones graves que puede ocasionar en la madre y el feto. Una vez excluida esta causa se evalúa la alteración de la actividad uterina y si se relaciona con una distocia mecánica. (30)

- **Expulsivo prolongado:** El Período expulsivo es el segundo estadio del parto y comprende el intervalo de

tiempo que transcurre entre la dilatación y el borramiento cervical completo (10cm y 100% respectivamente), y el nacimiento del neonato. Las anomalías que se producen durante el expulsivo son: la ausencia de descenso, la detención secundaria del descenso y el descenso prolongado. (30)

- **Deflexión de actitud fetal:** La actitud fetal normal es la flexión completa: la cabeza fijada sobre el tórax, los muslos sobre el abdomen y las piernas sobre los muslos (1-4). Las deflexiones pueden ser transitorias durante el trabajo de parto pero, si persisten, podrían ocasionar parto distócico. La modalidad de bregma representa un grado menor de deflexión que, espontáneamente, puede terminar en flexión completa, dando lugar a una modalidad de vértex. Si por el contrario, ocurre más extensión, puede terminar en una modalidad de frente o una modalidad de cara. La actitud fetal en flexión indica un buen tono y es un reflejo de la integridad del sistema nervioso fetal. (30)

- **Occipitosacro:** el vértex está localizado en el extremo posterior el diámetro anteroposterior de la pelvis. Las terribles dificultades de un parto en posición occípito-posterior de vértice no se anuncian como el dramatismo impresionante de una placenta previa o de un ataque de eclampsia; surgen insidiosa e inesperadamente en el curso

de un trabajo que se inició al parecer normal y con probabilidades de una terminación feliz.(30)

1.4. Justificación

La embarazada al ingresar al sistema de atención de parto institucional tiene la expectativa de una atención profesional de calidad y sin riesgos; tener la seguridad de una buena atención lo que contribuye a mejorar su respuesta orgánica frente al trabajo de parto y al parto. Por eso que es necesario entender la importancia de brindar una atención con calidad durante el trabajo de parto y parto, que incluye la asistencia intrahospitalaria y la supervisión permanente del binomio madre/niño realizada por personal comprometido y capacitado.

Los profesionales de obstetricia tienen la certeza de que toda mujer desea contar con atención de calidad que le brinde seguridad para un parto normal; que la atención de la mujer durante el trabajo de parto debe contar con la rigurosa y permanente vigilancia con el objetivo de garantizar la disminución de los riesgos tanto maternos como fetales; también los profesionales de obstetricia identifican el partograma como un instrumento que garantiza el registro objetivo y sistematizado del trabajo de parto que es una fuente invaluable de información para el análisis y la toma de decisiones, así como un instrumento para la evaluación de la calidad de la atención brindada por los servicios obstétricos.

Si bien es cierto que el sistema de salud en nuestro país y por lo tanto en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto, tiene implementado el manejo del trabajo de parto mediante el partograma como instrumento de vigilancia clínica del trabajo de parto, se requiere determinar el porcentaje de cumplimiento de su utilización, el porcentaje de cumplimiento de la calidad de llenado; el partograma como instrumento para la toma de decisiones adecuadas para la atención del parto. Y considerando que este establecimiento de salud en la actualidad atiende el mayor porcentaje de partos normales y patológicos de la ciudad de Tarapoto, la Región San Martín y Alto Amazonas, demanda que dificulta la posibilidad de brindar atención de óptima calidad a una mayor cobertura de usuarias.

Para la realización de este estudio se cuenta con las facilidades en el acceso a los datos informativos requeridos ya que la investigadora viene realizando su internado en obstetricia en la institución, además que se cuenta con el visto bueno de la dirección ejecutiva; y los gastos económicos que demanden la presente investigación serán financiados en el 100% por la investigadora, además la viabilidad estará garantizada por que se cuenta con apoyo incondicional facilitado por el personal profesional del Hospital II-2 MINSA Tarapoto y en particular de los profesionales del servicio de gineco-obstetricia.

Finalmente los datos que resulten de la presente investigación contribuirán a mejorar los datos informativos sobre el tema, así como

permitirán conocer el problema de manera científica y facilitaran a los profesionales del área y a las autoridades a solucionar el problema y a mejorar el uso del partograma, en beneficio del binomio madre – niño, la familia y la sociedad que espera óptimos resultados en la atención obstétrica.

1.5. Problema

¿En qué medida el partograma ha sido usado para la vigilancia clínica del trabajo de parto a través del registro de información completa por el profesional del servicio de obstetricia del Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, Enero - mayo 2015?

II. OBJETIVOS.

2.1. Objetivo general.

Determinar si el partograma ha sido usado para la vigilancia clínica del trabajo de parto a través del registro de información completa por el profesional del servicio de obstetricia del Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, Enero - mayo 2015.

2.2. Objetivos específicos.

1. Identificar el uso del partograma en el servicio de obstetricia del Hospital MINSA II – 2 – Tarapoto, Enero – Mayo 2015.
2. Determinar el tipo de profesional responsable del registro de información en el partograma de pacientes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital MINSA II – 2 – Tarapoto, Enero – Mayo 2015.

3. Determinar el registro de información completa del partograma según el registro de la curva real y curva de alerta; progreso de la dilatación cervical; planos de Hodge; dinámica uterina y frecuencia cardíaca fetal.
4. Determinar la vigilancia clínica del trabajo de parto, según uso del partograma a través de la duración de los periodos del trabajo de parto y vía de resolución del parto.

2.3. Hipótesis de Investigación

- Hipótesis implícita.

2.4. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ITEMS
El partograma como instrumento de vigilancia clínica del trabajo de parto.	Tiempo de inicio del partograma	Momento en que se inicia el llenado del partograma con curva de alerta 3 contracciones uterinas en 10 minutos, de al menos 40s de duración, intensidad (++) y al menos 3 cm de dilatación.	Embarazadas en trabajo de parto registra hora de inicio del partograma	- Cumple - No cumple
	Patrón de construcción de la curva o línea de alerta	Tabla de valores donde se ubica los datos de la parturienta de acuerdo a sus características.	Partograma con ubicación de la parturienta en el patrón correspondiente	- Cumple - No cumple
	Curva o línea de alerta y Curva o línea de acción	Sistema de vigilancia del progreso del trabajo de parto, marca un límite extremo de la evolución de la dilatación cervical.	Gráfico de la curva o línea de alerta y la curva o línea de acción	- Cumple - No cumple
	Curva real	Es la expresión gráfica resultante de los tactos vaginales realizados. Inicia cuando hay un verdadero trabajo de parto. Finaliza con el nacimiento del bebé.	Gráfico de la curva real	- Cumple - No cumple

	Planos de Hodge o Método de los quintos	Son referentes anatómicos para dividir imaginariamente la pelvis con el fin de ubicar la posición de la presentación fetal durante el nacimiento, en su paso por el canal del parto.	Registro gráfico en los planos de Hodge o Método de los quintos del descenso de la presentación.	- Cumple - No cumple
	Frecuencia cardiaca fetal	Es el latido del corazón fetal. Valor normal: entre 120 y 160 latidos por minuto con una variabilidad que no excede los 12 latidos	Registro gráfico de la frecuencia cardiaca fetal	- Cumple - No cumple
	Contracciones uterinas	Fuerza que ejerce el útero para la expulsión del bebé. Normal : 3 a 5 en 10 minutos	Registro gráfico de las contracciones uterinas.	- Cumple - No cumple
	Alteraciones del trabajo de parto que condujeron a una cesárea.	Cualquier evento que se haya presentado y que provocó un riesgo para la madre o el bebé. Distocias de la contracción, alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal, del progreso de la dilatación, del descenso, alteraciones de la presión arterial materna; acentuación con oxitócicos.	Registró datos en el partograma que reflejaron alteración en el trabajo de parto y que coinciden con el diagnóstico de cesárea.	- Si - No
	Conducción o	Estimulación de las contracciones espontáneas que se	Registró datos en el	- Si

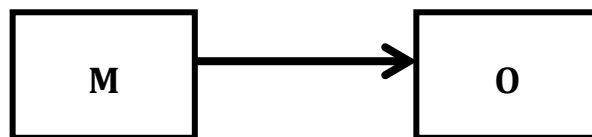
	acentuación del trabajo de parto	consideran inadecuadas por falta de avance de la dilatación del cuello uterino y el descenso fetal (Guía, señala, regulariza o activa).	partograma de la acentuación o conducción de trabajo da parto (si hubo)	- No
	Duración del tiempo promedio de los estadíos del trabajo de parto.	Es el tiempo esperado normal que transcurre entre los estadíos del trabajo de parto: hasta la dilatación cervical completa (10 cm); segundo estadío, intervalo entre la dilatación cervical completa y el nacimiento; tercer estadío, alumbramiento	Registró en el partograma el tiempo de cada uno de los estadíos del trabajo de parto	- Si - No
	Vía del parto	Vía vaginal, el feto es expulsado por el canal del parto natural (vagina). Un parto abdominal, es por vía alta (abdomen) de la madre (Cesárea)	Registró en la historia clínica la vía de resolución del parto.	- Vaginal - Cesárea
	Indicaciones de cesárea	Motivo o causa que derive en la decisión de realizar una cesárea	Registró en el expediente del motivo o causa de la cesárea	1. SFA 2. DCP 3. Trabajo de parto disfuncional 4. Expulsivo prolongado. 5. Deflexionado 6. Occipitosacro

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio.

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo simple, transversal con recolección retrospectiva de datos.

3.2. Diseño de Investigación



Dónde:

M = Mujeres cuyo trabajo de parto fue conducido Clínicamente mediante el uso del partograma en el servicio de obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto.

O = Uso del partograma y vigilancia del trabajo de parto.

3.3. Universo, Población y Muestra

- Universo

Estuvo conformada por 630 partos atendidos en el Hospital MINSA II – 2 – Tarapoto, Enero – Mayo 2015.

- Población

La población en estudio estuvo conformada por 153 mujeres cuyo trabajo de parto fue conducido clínicamente mediante el uso del partograma en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto, en periodo enero – mayo 2015.

- **Muestra**

La muestra estuvo constituida por 153 (el 100%) de mujeres cuyo trabajo de parto fue conducido clínicamente mediante el uso del partograma en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto en periodo enero – mayo 2015.

3.3.1 Criterios de Inclusión.

- Historia clínica de mujeres cuyo trabajo de parto fue conducido mediante el uso del partograma.
- Pacientes a término, feto único y presentación de vértice.

3.3.2 Criterios de Exclusión.

- Historias clínicas de pacientes con embarazo pretérmino y parto pretérmino; embarazo gemelar.
- Cesárea electiva.
- Trabajo de parto cuyos partogramas no contienen datos clínicos de acuerdo a normas de llenado.

3.4. Métodos y Técnica e instrumentos de recolección de datos

Se usa la técnica de revisión de las pacientes durante el periodo de estudio, donde constó el partograma para la vigilancia del trabajo de parto, además se realizó una evaluación del mismo, utilizando para tal fin la hoja de registro de información elaborado por la investigadora y validada por juicio de expertos mediante el cual se identificarán los elementos que comprenden una buena vigilancia del trabajo de parto.

Se utilizó la hoja de registro de información para cada paciente y se registró en la casilla correspondiente un signo positivo (+) si cumplen adecuadamente con los criterios, o un signo negativo (-) al no cumplir.

El partograma fue evaluado de acuerdo a los ítems del instrumento. El valor total de los ítems corresponde al 100% por lo que se considera que un partograma que logra alcanzar el 80% de cumplimiento esta adecuadamente elaborado e interpretado.

El instrumento constó de 06 secciones medidas en ítems, con variabilidad en la construcción de los enunciados de los ítems (ordenamiento y de tipo valorativo), según el siguiente detalle:

1. Si cumple (+) o no cumple (-) con que registró el Gráfico correctamente las curvas (alerta y dilatación cervical) en el partograma.
2. Si cumple (+) o no cumple (-) con el registro de control y registro: la presión arterial; la frecuencia cardiaca fetal; la actividad uterina (frecuencia, duración e intensidad).
3. Si registró en el partograma los datos informativos que si se realizó acentuación del trabajo de parto.
4. Si se registró la culminación del parto en cesárea, y las indicaciones de cesárea.
5. Si se registró el cumplimiento de los tiempos previstos para cada etapa de trabajo de parto.

6. Si se registró datos informativos sobre porque que no usó el partograma; o el manejo adecuado y completo del mismo en las atenciones obstétricas.

3.5. Procedimiento.

1. Se elaboró el proyecto de investigación y se presentó a la Facultad de Ciencias de la Salud para su aprobación.
2. Se solicitó autorización al servicio de gineco-obstetricia des Hospital MINSA II – 2 – Tarapoto, para la realización del presente estudio. Aunque se obvió la formalización documentaria por tratarse de mi condición de interna de obstetricia realizando la recopilación de la información.
3. Se realizó la recolección de datos informativos de los casos identificados en el servicio de obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto. Luego Se procedió a vaciar los datos recolectados según el instrumento formulado en una base de datos Excel.
4. Posteriormente los datos fueron analizados y se elaboraron las tablas y gráficos desde el programa SPS siguiendo la secuencia descrita en nuestros objetivos específicos.
5. Finalmente se elaboró el informe de tesis respectivo para su presentación y sustentación.

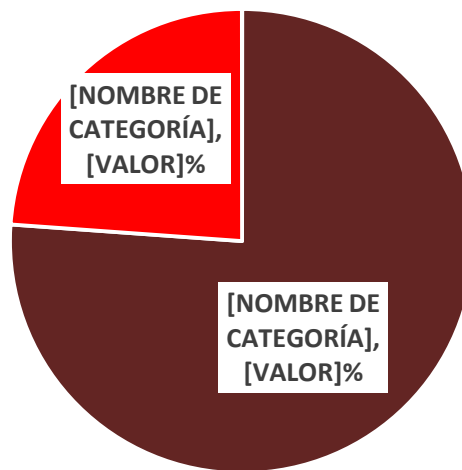
3.6. Plan de análisis de datos.

Para el procesamiento y análisis de datos, se diseñará una base de datos en Excel 2010, que permitió la elaboración de tablas simples y gráficos. Se utilizó la estadística descriptiva como: frecuencia, porcentaje, media aritmética.

IV. RESULTADOS

GRAFICO N° 01

PORCENTAJE DE TRABAJO DE PARTO, USO DEL PARTOGRAMA Y CUMPLIMIENTO DE REGISTRO DE INFORMACIÓN COMPLETA EN EL LLENADO DEL PARTOGRAMA, EN EL HOSPITAL MINSA II-2 – TARAPOTO. ENERO - MAYO 2015.

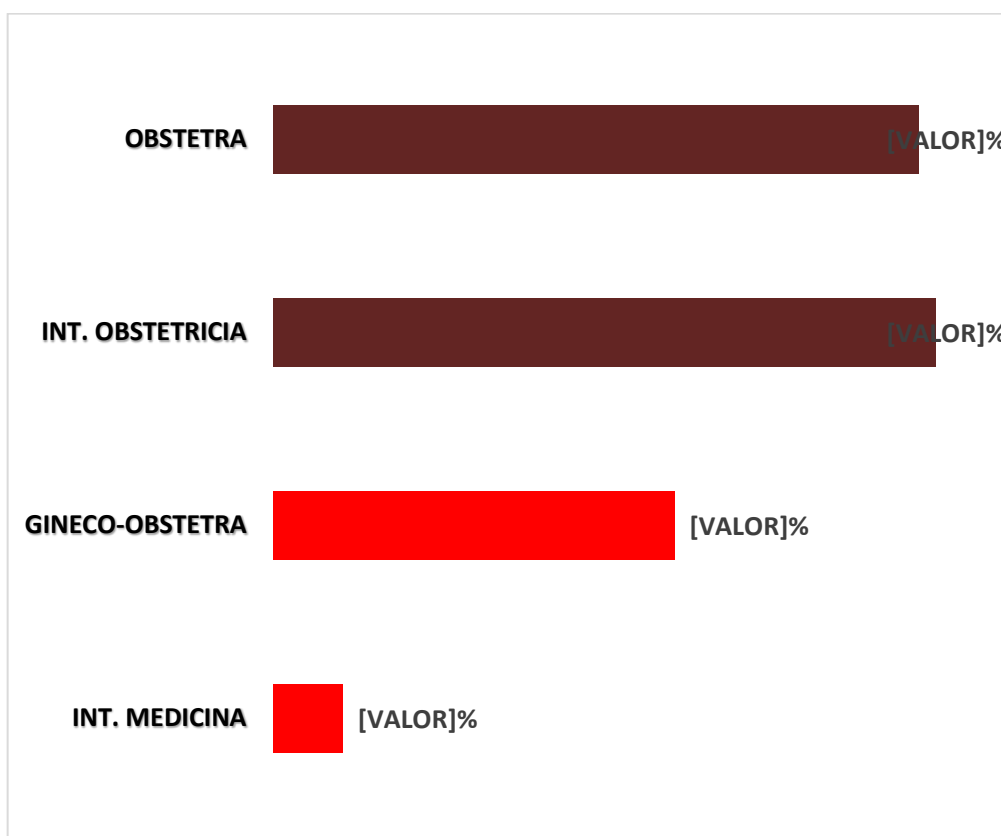


Fuente: Recolección de datos de la investigación

Se observa que de las 153 historias clínicas de pacientes ingresadas el 76.2% (117) de casos usa y cumple con el registro de información completa en el llenado del partograma, y el 23.8% (36) no cumple.

GRAFICO N° 02

PORCENTAJE DE PROFESIONALES RESPONSABLES DE LA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO QUE REGISTRAN ADECUADAMENTE INFORMACIÓN EN EL PARTOGRAMA DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA HOSPITAL II-2 MINSA TARAPOTO. ENERO - MAYO 2015.

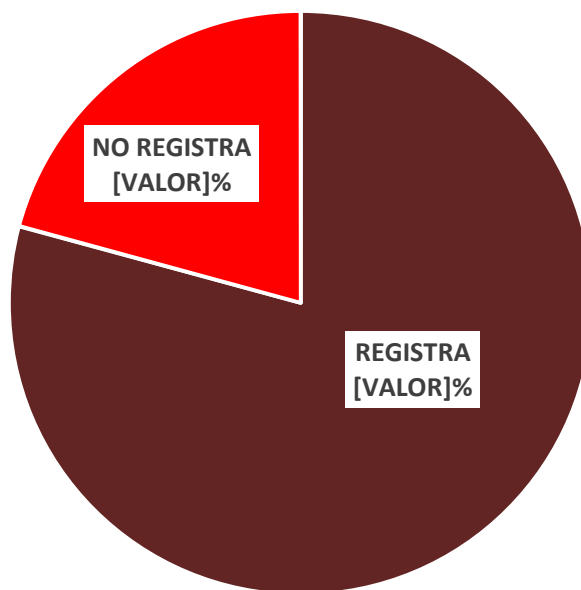


Fuente: Recolección de datos de la investigación

Se observa, con relación a profesionales responsables de la atención del trabajo de parto que usan adecuadamente el partograma, el 73.6% (112) de los partos normales fueron atendidos por obstetras o internos de obstetricia; el 22.5% (71) fueron atendidos por médicos gineco-obstetras; y el 3.9% por internos de medicina.

GRAFICO N° 03

PORCENTAJE DE PARTOGRAMAS CON REGISTRO DE INFORMACIÓN COMPLETA DE LA CURVA DE ALERTA Y CURVA REAL PARA LA TOMA DE CONDUCTAS ADECUADAS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL HOSPITAL MINSA II-2 TARAPOTO. ENERO - MAYO 2015.

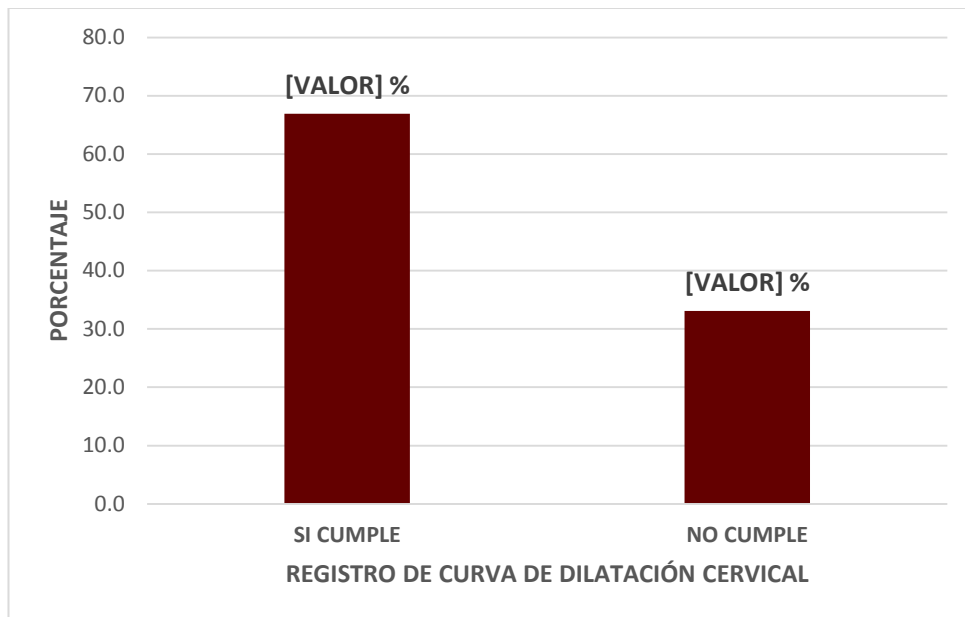


Fuente: Recolección de datos de la investigación

En este gráfico se observa que el registro de patrón de curva de alerta y curva real para la toma de conductas adecuadas para la atención del parto: el 79.2% (121) registra la curva real y la curva de alerta para la toma de conductas adecuadas para la atención del parto; y el 20.8% (32) no registra.

GRAFICO N° 04

PORCENTAJE PARTOGRAMAS CON REGISTRO DE INFORMACIÓN COMPLETA DE CURVA DE PROGRESO REAL DE LA DILATACIÓN CERVICAL EN EL HOSPITAL MINSA II-2 TARAPOTO. ENERO - MAYO 2015.

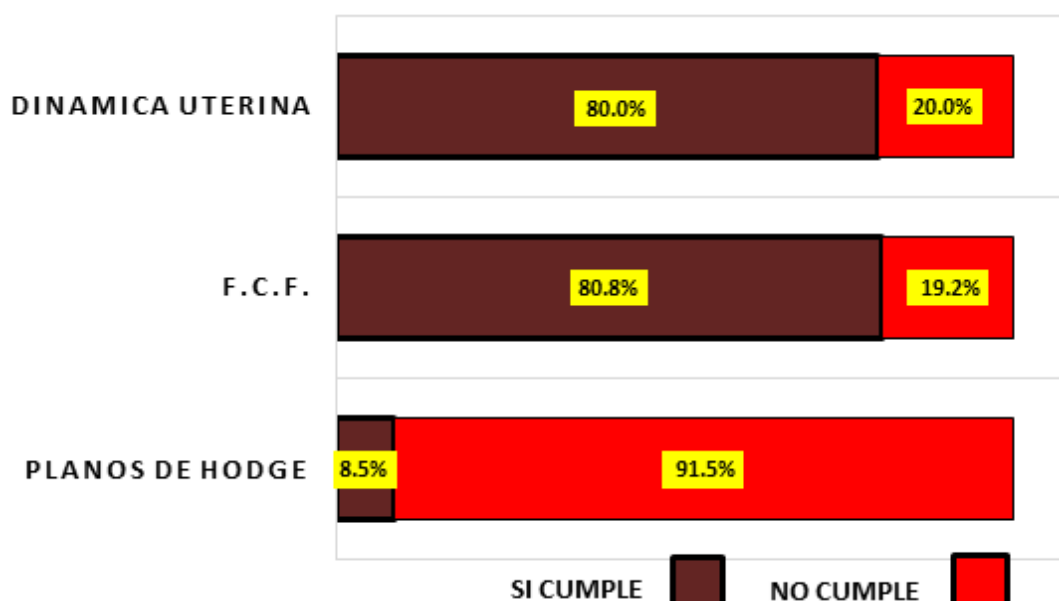


Fuente: Recolección de datos de la investigación

En este gráfico nos demuestra que porcentaje de registro adecuado de curva de progreso real de la dilatación cervical en manejo del partograma para la atención del parto: el 66.9% (102) cumple con registrar adecuadamente el progreso de la dilatación cervical en la atención del trabajo de parto; el 33.1% (51) no cumple.

GRAFICO N° 05

PORCENTAJE DE PARTOGRAMAS CON REGISTRO DE INFORMACIÓN COMPLETA DE LA PROGRESION FETAL EN LOS PLANOS DE HODGE, LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL Y CONTRACCIONES UTERINAS. HOSPITAL MINSA II-2 TARAPOTO. ENERO - MAYO 2015.

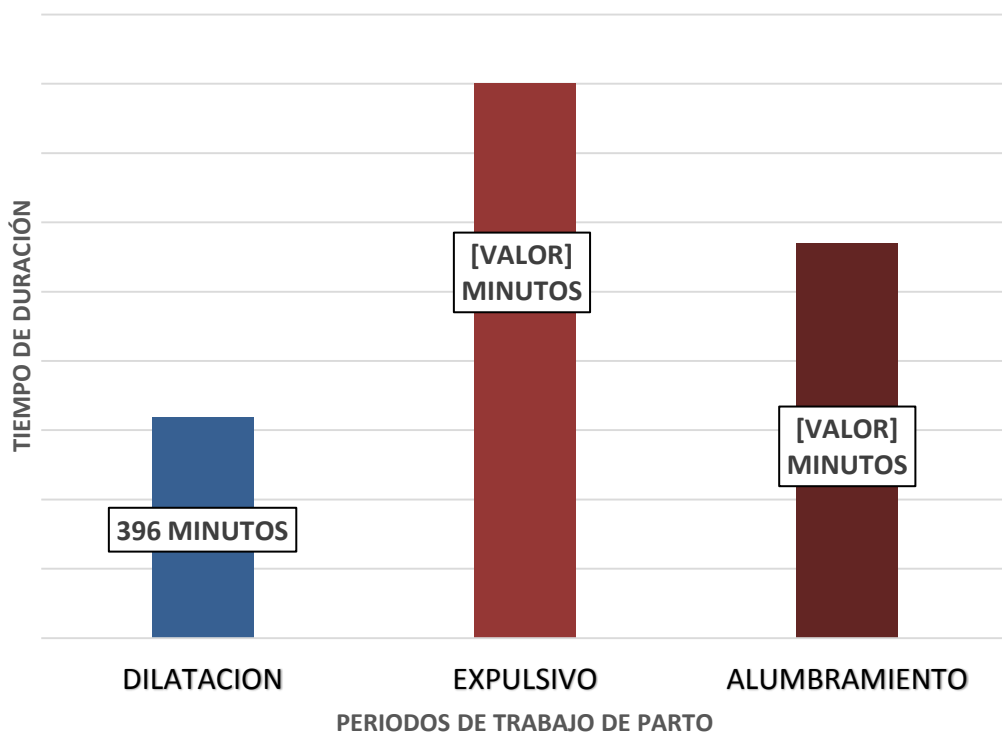


Fuente: Recolección de datos de la investigación

Observamos que con respecto al registro gráfico de los planos de Hodge en el partograma, 91.5% (140) no cumple con registrar correctamente; y solo el 8.5% (13) cumple. Con respecto al registro gráfico de la dinámica uterina en el partograma, 80.0% (122) cumple con registrar correctamente; 20.0% (31) no cumple. Asimismo con relación al registro gráfico de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) en el partograma, 80.8% (124) cumple con registrar correctamente; 19.2% (29) no cumple.

GRAFICO N° 06

VIGILANCIA DE TRABAJO DE PARTO SEGUN TIEMPO PROMEDIO DE DURACIÓN DE LOS PERIODOS: DILATACION, EXPULSIVO, Y ALUMBRAMIENTO. EN EL HOSPITAL II-2 MINSA TARAPOTO. ENERO - MAYO 2015.

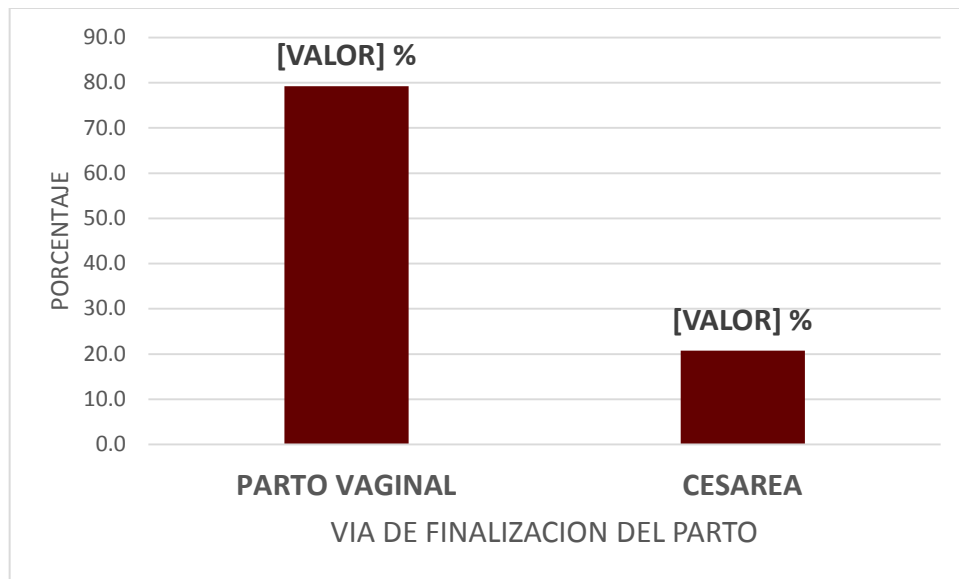


Fuente: Recolección de datos de la investigación

El tiempo promedio de duración de los periodos de trabajo de parto fueron: 396 minutos (6.36 horas) para el periodo de dilatación; 16 minutos para el periodo expulsivo; y 11.40 minutos promedio para el periodo de alumbramiento.

GRAFICO N° 07

VIGILANCIA DE TRABAJO DE PARTO SEGÚN PORCENTAJE DE VIA DE FINALIZACION DEL PARTO EN PACIENTES MANEJADAS MEDIANTE LA VIGILANCIA CLÍNICA DEL PARTOGRAMA EN EL HOSPITAL II-2 MINSA TARAPOTO. ENERO - MAYO 2015.



Fuente: Recolección de datos de la investigación

En el presente gráfico referido a la vía de finalización del parto, observamos que el 79.2% (121) de pacientes terminaron el trabajo de parto en la condición de parto normal por vía vaginal; mientras que el 20.8% (32) terminaron en cesárea.

V. DISCUSIÓN

Siendo el partograma una herramienta cuyo uso es recomendado por la OMS, porque ayuda a monitorizar el trabajo de parto a través de una representación gráfica de los valores y de los eventos que se producen durante el parto, permiten disminuir la morbilidad y mortalidad materno-perinatal mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones en la evolución del trabajo de parto y parto; proveen al profesional de un instrumento económico y asequible, de uso universal, para el seguimiento adecuado del trabajo de parto.

Los resultados alcanzados en el presente estudio nos permiten realizar una análisis de nuestros hallazgos en comparación con otros estudios, de tal manera que se pueda comprender la casuística de las atenciones obstétricas en el hospital II-2- MINSA Tarapoto.

En el Grafico N° 1, en relación al porcentaje de cumplimiento de registro de información completa en el llenado del partograma, se encontró que de las 153 historias clínicas de pacientes cuyo trabajo de parto fueron conducidos a través del partograma, el 76.2% de casos si cumple con el registro de información completa en el llenado del partograma, y el 23.8% presentó no cumple,

Al respecto nuestros resultados coinciden con Chalacán T (2010), en su estudio calidad de llenado del partograma como instrumento para la vigilancia del trabajo de parto, reportó que el 62,47 % está llenado adecuadamente; concluyendo que el partograma no cuenta con la importancia en la toma de decisiones de la vigilancia del trabajo de parto,

el llenado es incompleto, la suma de debilidades dificulta una verdadera interpretación del registro gráfico del trabajo de parto.

Del mismo modo nuestros resultados coinciden con el World Wide Science.Org (2008); la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud de Brasil quienes recomiendan el uso del partograma para monitorear el trabajo de parto.

La coincidencia de nuestros estudios se sustentan en las características de la población que asisten los respectivos hospitales, ambos son hospitales provincianos y de países como Colombia y Perú en vías de desarrollo; asimismo, en nuestro estudio en la mayoría de las pacientes el trabajo de parto fue conducidas mediante el partograma, encontrándose resultados favorables para la atención de la madre en la labor de parto y recién nacidos saludables.

En el Grafico N° 2, Se observa, con relación a profesionales responsables de la atención del trabajo de parto que usan adecuadamente el partograma, el 73.6% de los partos normales fueron atendidos por obstetras o internos de obstetricia; el 22.5% fueron atendidos por médicos gineco-obstetras; y el 3.9% por internos de medicina.

Nuestros resultados coinciden con Ayala G. (2015), que reporto en cuanto al profesional que atendió el parto, el 27,2% lo atendió el médico (médico gineco-obstetra y/o residente) mientras que la obstetra atendió el 72,8% del número total de partos.

Nuestros resultados coinciden con Ayala y otros estudios en el sentido de que el profesional que atiende los partos normales y con el uso del partogramas son los o las obstetras; este resultado conduce a responsabilizar la necesidad de sensibilizar al profesional de obstetricia en el dominio y alta responsabilidad en el manejo del partograma como instrumento de vigilancia clínica del trabajo de parto.

En el Grafico N° 3, en relación En este gráfico se observa que el registro de patrón de curva de alerta y curva real para la toma de conductas adecuadas para la atención del parto se observa: que el 79.2% cumple con el registro de la curva real y la curva de alerta para la toma de conductas adecuadas para la atención del parto; y el 20.8% no cumple.

Nuestros resultados coinciden con Chalacán T (2010), quien reporta que el 80% cumple con la gráfica del punto de partida de la curva de alerta; el patrón de curva de alerta se cumple en el 68,9%.

Estos resultados coincidentes alientan la seguridad de que el/la obstetra o el médico gineco conocen y dominan la técnica de llenado de partograma, y la importancia de su uso como instrumento de manejo y control del trabajo de parto y el paro, por lo que consideramos que son necesarias actividades de sensibilización para su manejo responsable en obstetricia.

En el Grafico N° 4, En este gráfico nos demuestra que porcentaje de registro adecuado de curva de progreso real de la dilatación cervical en manejo del partograma para la atención del parto: el 66.9% cumple con

registrar adecuadamente el progreso de la dilatación cervical en la atención del trabajo de parto; el 33.1% no cumple.

Al respecto la OMS, traduce que la curva real de la dilatación cervical debe elaborarse en todo Partograma, y que resulta de la unión con una línea continua de los diferentes puntos correspondientes a los tactos realizados por la persona que examina. La curva real debe elaborarse desde el primer contacto con la parturienta en trabajo de parto, hasta el momento del nacimiento. Que al monitorear el Partograma con curva de alerta y no encontrar una curva real graficada hasta el momento del nacimiento traduce que a la parturienta le fue realizada una operación cesárea, por lo tanto no se graficó la curva real hasta el final.

De nuestros resultados aún se puede observar una deficiencia en el manejo del partograma con respecto al registro de la curva de progreso real de la dilatación cervical, lo que consideramos como una omisión en la responsabilidad frente al uso del partograma.

En el Grafico N° 5, Observamos que con respecto al registro gráfico de los planos de Hodge en el partograma, 91.5% no cumple con registrar correctamente; y solo el 8.5% cumple. Con respecto al registro gráfico de la dinámica uterina en el partograma, 80.0% cumple con registrar correctamente; 20.0% no cumple. Asimismo con relación al registro gráfico de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) en el partograma, 80.8% cumple 80.8% con registrar correctamente; 19.2% no cumple.

Al respecto Chalacán T (2010), reportó que el 73,40% no cumple con el registro gráfico de los planos de Hodge; el 41,4% grafica la frecuencia

cardíaca fetal; el 56,39% no registra las contracciones uterinas. Y concluyeron que el partograma no cuenta con la importancia en la toma de decisiones de la vigilancia del trabajo de parto, el llenado es incompleto, la suma de debilidades dificulta una verdadera interpretación del registro gráfico del trabajo de parto.

Nuestros resultados coinciden y superan en cifras de falta de registro gráfico de los planos de Hodge o descenso de la presentación fetal que solo el 8.5% lo cumple en nuestro estudio.

Este resultado resulta siendo importante de tener en cuenta para la toma de decisiones en la culminación del parto como factor protector de la salud materna y fetal, lo que explicaría la alta incidencia de cesáreas en nuestro medio, sea por la falta de información adecuada para la toma de decisiones frente al acto obstétrico.

Difieren nuestros resultados en relación al registro de la frecuencia cardíaca fetal; en nuestro estudio tiene un alto porcentaje de cumplimiento, en relación a las cifras reportadas por Chacalán. Del mismo modo difiere en relación al registro de las contracciones uterinas, ya que en nuestro estudio solo el 20.0% no cumple. Pero resultan discutibles estos últimos datos informativos con relación al registro de la FCF y las contracciones uterinas, en el sentido de cumplimiento si tenemos en cuenta que la toma de decisiones más adecuadas resulta de la triangulación de los datos expuestos en este el gráfico.

En el Grafico N° 6, en relación al tiempo promedio de duración de los periodos de trabajo de parto se observó que: 396 minutos (6.36 horas)

para el periodo de dilatación; 16 minutos para el periodo expulsivo; y 11.40 minutos promedio para el periodo de alumbramiento.

No se encontraron trabajos últimos que reporten datos informativos de acuerdo a nuestro protocolo sobre el tiempo promedio de duración de las etapas del trabajo de parto; sin embargo la teoría señala categóricamente los siguiente: que el tiempo de duración promedio del periodo de dilatación varía entre nulíparas y multíparas: multíparas: 6-8 h y en nulíparas: 10-14 h; el tiempo promedio de duración del periodo expulsivo la mayoría de estudios señalan que la duración media en la nulípara es de 50'; mientras que en la multípara es de 20'; y el tiempo promedio de duración del tercer periodo de parto, el alumbramiento es entre 5 y 30 minutos, el cual es independiente de la paridad de la madre.

Lo que significa que nuestros resultados se encuentran entre el tiempo promedio esperado con respecto la teoría, teniendo en cuenta que el promedio del estudio se encuentra entre pacientes nulíparas y multíparas.

En el Grafico N° 7, en el presente gráfico referido a la vía de finalización del parto, observamos que el 79.2% de pacientes terminaron el trabajo de parto en la condición de parto normal por vía vaginal; mientras que el 20.8% terminaron en cesárea.

.Nuestros resultados coinciden con Briones K. (2012), quien reportó que el 81% de pacientes terminaron su embarazo por parto vaginal y un 19 % vía cesárea; e informa que el partograma es un instrumento de registro gráfico útil, que permite tomar decisiones terapéuticas adecuadas durante la labor de parto, disminuyendo el número de cesáreas innecesarias.

Asimismo nuestros resultados también coinciden con World Wide Science.Org (2008); la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud de Brasil recomienda el uso del partograma para monitorear el trabajo de parto, y que las intervenciones se produjeron en un momento oportuno, señalando que partograma como un instrumento de orientación para la adopción de las intervenciones en el trabajo de parto.

De la comparación de nuestros resultados se puede determinar como coincidencia de que el uso del partograma, disminuye la morbilidad y mortalidad materno-perinatal, pues constituye un sistema de alerta precoz ante situaciones que requieren una actuación médica inmediata o la remisión a centros especializados, o ambas condiciones; es capaz de explicar en parte las bajas proporciones de cesárea.

VI. CONCLUSIONES.

1. En el 76.2% (117) de los partos, los profesionales del servicio de obstetricia usa el partograma para el manejo del trabajo de parto.
2. El 73.6% (112) obstetras o internos de obstetricia fueron responsables del registro de información en el partograma.
3. En el 79.2% (121) de los trabajos de parto los profesionales registran en el partograma la curva real y la curva de alerta; en el 66.9% (102) cumplen registrando adecuadamente el progreso de la dilatación cervical; en el 80.0% (122) registra correctamente la dinámica uterina; en el 80.8% (123) registra correctamente frecuencia cardiaca fetal.
4. El tiempo promedio de duración de los periodos de trabajo de parto fue: 396 minutos (6.36 horas) para el periodo de dilatación; 16 minutos para el periodo expulsivo; y 11.40 minutos promedio para el periodo de alumbramiento. El 79.2% (121) de pacientes terminaron el trabajo de parto en la condición de parto normal por vía vaginal; mientras que el 20.8% (32) terminaron en cesárea.

VII. RECOMENDACIONES.

1. Al MINSA, realizar el monitoreo y vigilancia del uso del partograma durante el trabajo de parto para reducir los problemas de salud de la madre y niño.
2. Sensibilizar a los obstetras, internos de obstetricia y médicos gineco obstetras en el uso obligatorio con cumplimiento rigurosos de los pasos para el llenado del partograma de acuerdo a la normativa del sector en el manejo de labor de parto.
3. Insertar en el protocolo de atención obstétrica en manejo adecuado del partograma como instrumento de una buena atención a las pacientes obstétricas en labor de parto.
4. La determinación de la culminación del parto por cesárea, debe de anteceder una discusión de caso con los datos registrados en el partograma, que justifiquen tal determinación.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ahued A, Lara O. Asistencia del parto normal. En Ginecología y Obstetricia 6 Aplicadas. Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. 1era Ed. Editores México: JGH 2000.
2. Aller J, Pagés G. Contracción Uterina y Abdominal. España 2009. Visitado el 12-11-2014. Disponible en: [://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_09.pdf](http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_09.pdf)
3. Ayala G. Calidad de la atención del parto según percepción de las usuarias en el servicio de centro obstétrico en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero-Febrero 2015. Tesis para optar el título de Licenciado en Obstetricia. UNMSM. Lima 2015. Visitado el 15-04-2015. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4059/1/Ayala_gg.pdf
4. Briones K, Merecí W. Evaluación del partograma en primíparas con embarazo a término y labor de parto espontanea como instrumento para disminuir cesáreas en el Hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora de Quito en el periodo de enero 2011-agosto 2012. Tesis de Grado presentado como requisito parcial para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Quito – 2012.
5. Chalacán T, Lisintuña D. Aplicación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en el Hospital Gineco Obstétrico “Isidro Ayora” en el

período enero a diciembre del 2010. Visitado el 02-12-2014.
Disponible en: [://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/2189](http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/2189)

6. Cruz E. Uso de partograma en el Hospital Regional de Zacapa durante el año 2,011. Guatemala 2014. Visitado el: 12-01-2015.
Disponible en: [://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9493.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9493.pdf).
7. Gómez J. Complicaciones del embarazo y parto asociadas a morbilidad neonatal no traumática. Hospital General de Zona No. 71 Veracruz -México – 2013. Visitado el: 23-12-2014. Disponible en: [://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis-Tania.pdf](http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis-Tania.pdf)
8. Soni BL. Efecto del uso del partograma en las medidas de resultado para mujeres con trabajo de parto espontáneo a término: 2014. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Visitado el: 12-12-2014. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/cd005461_sonibl_com/es/
9. Muñoz M. Competencias Profesionales de la Matrona en la Atención del Parto Normal. Estudio Descriptivo de sus Percepciones en la Región de Murcia. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia – Facultad de Enfermería. Murcia – España, 2014.
10. Ortiz S. factores que influyen en la baja cobertura del parto institucional. 2014. Tesis de Grado. Para optar el Título de Médico Cirujano, Grado de Licenciado. Universidad “Rafael Landívar” Guatemala.

11. Conchari F. Calidad del llenado del partograma en pacientes del Hospital La Paz. Universidad del Valle. La Paz Bolivia. 2012. Visitado el 12-03-15. Disponible en: file:///C:/Users/Pedro/Downloads/Bois1217-05.pdf
12. Melgarejo D, Morales N. Duración del periodo expulsivo en gestantes adolescentes de 15 a 19 años y la adaptación neonatal inmediata del recién nacido a término en relación a la puntuación de APGAR INMP - periodo (setiembre - noviembre 2010). Tesis para Optar el Título de Licenciadas en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana E.A.P. De Obstetricia. Lima – Perú. 2010.
13. World Wide Science.Org [Internet]. El partograma como instrumento de análisis de la asistencia del parto. Brazil. 2008. Visitado el 18-02-2015. Disponible en: <http://worldwidescience.org/topicpages/p/partograma+como+instrumento.html>
14. Vergara G. Aplicación clínica del partograma (CLAP) y manejo de las anomalías del parto. Maternidad Rafael Calvo. Colombia-2009. visitado el: 15-12-2014. Disponible en: [://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_PARTOGRAMA_CLAP.pdf](http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_PARTOGRAMA_CLAP.pdf)
15. D, Bajuelo , Téllez M, Couto D. El partograma y las desviaciones del trabajo de parto. Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Juan Bruno Zayas”. Santiago de Cuba 2009. Visitado el: 12-11-2014. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san07404.htm

16. Romero G, Ríos JC, Cortés P, Ponce AL. Factores de riesgo asociados con el parto distócico. ISSN-0300-9041 Volumen 75, Núm. 9, septiembre 2007. Visitado el 22-12-2014. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom079f.pdf>
17. Chequeos y Salud [Internet] Contracciones uterinas y embarazo. Pamplona España 2013. Visitado el 11-11-2014. Disponible en: <http://www.cun.es/chequeos-salud/embarazo/contracciones-embarazoLklk>
18. Agudelo B, Joaquín J, Gómez G, Faciolince S. GUIA [Internet]. Vigilancia del trabajo de parto con el partograma del CLAP/SMR – OPS/OMS. Medellín septiembre de 2010. Visitado: 12-12-2014. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/guias/multiguia04.pdf>
19. Vílchez JM. Partograma OMS. Hospital Sergio E. Bernales. Lima Perú- 2013. Visitado: 12-12-2014. Disponible en: <http://es.slideshare.net/bt1s88/partograma-oms-guia-de-utilizacion-y-formato-hnseb>
20. Fernández J. Preparación al parto. El útero. Madrid – España febrero 2014. Visitado el 15-03-2014). Disponible en: <http://www.preparacionalparto.net/index.php/El-parto/El-utero.html>
21. Gagó J. Pelvis Ósea - “Guía práctica para Sala de Partos” - Cátedra de Obstetricia. Universidad Nacional de Trujillo. 2004. Visitado 11-11-2014. Disponible en: http://www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/Obstetricia/GuiaPractica_PelvisOsea.PDF

22. León H, Rodríguez A. Guía de manejo de trabajo de parto, parto y sus complicaciones. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, D.C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología. Colombia – 2009.
23. Ruiz A. Nomenclatura obstétrica, trabajo de parto y parto eutócico guías de atención basadas en evidencias. Visitado el 05-01-2015. Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/1563/29/Cap_6.pdf
24. Piñango P, Rodríguez A, Fajardo J, Bello F. Desproporción feto pélvica: diagnóstico ecosonográfico. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2006. Visitado el: 05-01-2015. Disponible: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322006000100003&script=sci_arttext
25. Schwarcz R.; Fescina R.; Duverges C. Obstetricia. 6ta ed. México: Grupo Ilhsa S.A., 2005.
26. Lepore G, Sampor C, Storni M, Pardo P. Incidencia y principales indicaciones de cesárea. Hospital “Julio C. Perrando”. Resistencia. Chaco. Argentina 2010. Visitado el:05-01-2015. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista150/3_150.pdf
27. Yarasca P. Partograma modificado 2011. Instrumento para la vigilancia del parto. Documento revisado OMS-2011. Disponible en: <http://es.calameo.com/read/000684802d63f0ddfc6d6>
28. Valenti E, Almada R, Rey A Gowdak A. “Distocia de Hombros” Revista del Hospital Materno Infantil Ramón – 2011[fecha de acceso 10 diciembre 2013]. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91222481004>.

29. Adánez D, Escudero D, Vaquerizo F, Navarro L, Vázquez D, Moreno J. HUCA [Internet]. Indicaciones de Cesárea. Hospital Universitario Central – Asturias. 2010. Visitado el 15-12-2015. Disponible en: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/documentos/clinica/obstetricia/Partos%20%20cesarea%20indicaciones.pdf>
30. Manzano G. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009. Visitado el: 23-01-2015. Disponible en: http://www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2011_II/Art3_Vol11_N2.pdf
31. Ruiz D. Índice cefalopélvico en la predicción de parto vaginal en embarazadas adolescentes. Maracaibo. Venezuela – 2011. Visitado el: 23-01-2015. Disponible en: http://tesis.luz.edu.ve/tde_busca/archivo.php?codArquivo=2949
32. Schwarz R, Díaz A, Nieto F. CLAP. Publicación Científica No 1153, 1987, Montevideo, Uruguay. Instructivo para el diligenciamiento de la historia clínica del parto “Partograma” del CLAP – OPS/OMS

IX. ANEXOS.

“Uso del partograma como instrumento de vigilancia clínica del trabajo de parto en el Hospital MINSA II-2 – Tarapoto. Enero - mayo 2015”.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS SOBRE PROCESO DE ATENCION DEL PARTO

Establecimiento: Hospital II-2 MINSA Tarapoto Área o servicio: Servicio de Gineco-Obstetricia Mes
evaluado_____

Atendido por: (1) (*Obstetra*) (2) (*Médico gineco obstetra*) (3) (*Médico general*) (4) (*Interno de obstetricia*) (5) (*Interno de medicina*)

INSTRUCTIVO

1. Realice la medición de este indicador en forma mensual
2. Registre el nombre del establecimiento, el área de atención, en mes evaluado y código asignado al profesional responsable de la medición.
3. Revise y realice un listado del número de las historias clínicas de todos los partos registrados en el mes de evaluación excluyendo a los partos que llegaron en periodo expulsivo y las cesáreas programadas.
4. A continuación verifique si se utilizó el partograma.
5. En el casillero correspondiente registre si cumple signo positivo (+) o no cumple signo (-).

[illegible]

ANEXO-2

PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO

NOMBRE: _____ GRAVIDEZ: _____ PARIDAD: _____ Nº DE HISTORIA CLÍNICA: _____

FECHA DE INGRESO: _____ HORA DE INGRESO: _____ TIEMPO DE MEMBRANAS ROTAS: _____ HORAS

FRECUENCIA
CARDIACA
FETAL

INTEGRAS: I
 ROTAS: R
 LIQ. CLARO: C
 LIQ. MECONIAL: M
 LIQ. SANGUINOLENTO: S

Líquido amniótico
moldeaminetos

CUELLO UTERINO (CM)

TRAZO X

DESCENSO CEFÁLICO
(TRAZO C)

Nº DE HORAS	HORAS
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

MENOR DE 20 
 ENTRE 20 Y 40 
 MAYOR DE 40 

A blank coordinate grid for plotting. The vertical axis (y-axis) is labeled from 80 to 200 in increments of 10. The horizontal axis (x-axis) is labeled from 0 to 200 in increments of 20. The grid consists of 20 columns and 12 rows of squares.

[illegible]

PARTO
ATENDIDO
POR:

FECHA: _____
HORA: _____
SEXO: _____
PESO: _____
TALLA: _____
A PAGAR: _____

TIEMPO DURACION PARTO

1º PERIODO: _____

2^o PERIODO: _____

ANEXO-3

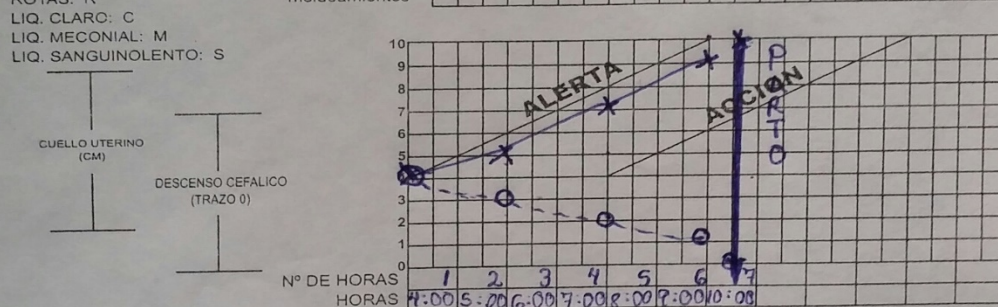
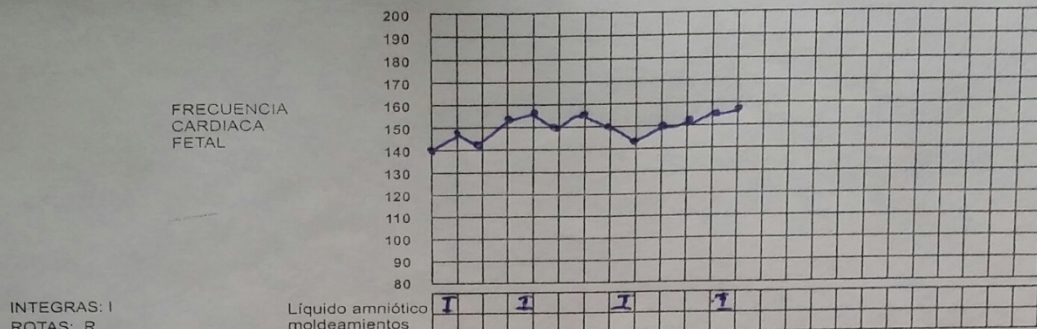
Uso **Uso correcto del partograma**

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD - SAN MARTIN
E.U. HOSPITAL II - 2 TARAPOTO

PARTOGRAMA

perú
sanmartín
Regional

NOMBRE: _____ GRAVIDEZ: 2 PARIDAD: 1 0 0 1 N° 02484
FECHA DE INGRESO: 15/03/15 HORA DE INGRESO: 4:00 TIEMPO DE MEMBRANAS ROTAS: _____ HORAS: _____



MEJOR DE 20 ☐
ENTRE 20 Y 40 ☒
MAYOR DE 40 ☐

OXITOCINA UI
GOTAS / MIN

ALIMENTOS
ADMINISTRADOS Y
LIQUIDOS IV

PULSO

PRESIÓN ARTERIAL

TEMPERATURA °C

ORINA { PROTEINA
ACETONA
VOLUMEN

PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO
GUIA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA

PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO
GUIA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA

